SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
NIT. 901.400.169

INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERIODO DEL 29 AGOSTO DE 2025 AL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2025

SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
NIT. 901.400.169

CONTRATO No. BGA-035-2025 DEL 25 DE JULIO DE 2025

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN JUDICIAL UNIDAD DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA

EJECUCION DE OBRA
JUZGADO PROMISCUO MUNICIPIOS
COROMORO, LA BELLEZA Y SUCRE – SANTANDER – COLOMBIA

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCION 3

II. OBJETIVOS 3

III. INFORMACION DEL PROYECTO 3

IV. UBICACIÓN DEL PROYECTO 4

V. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE OBRA EJECUTADAS 6

VI. UBICACIÓN DE CAMPAMENTO O ZONA DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL Y VESTIER DE LOS TRABAJADORES 7

VII. RELACION DEL PERSONAL DE OBRA 7

VIII. INDICADORES SST 7

IX. CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES E INDUCCIONES CON FORMATOS DE ASISTENCIA. 8

X. CHARLAS DE SEGURIDAD 9

XI. CAPACITACIONES 9

XII. INDUCCION 10

XIII. SOPORTES DE LAS NOTIFICACIONES DE RIESGOS 10

XIV. COPASST (comité paritario de seguridad y salud en el trabajo) 11

XV. PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y OTRAS MEDIDAS CONTEMPLADAS SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCIÓN 1238 DE 2022) 11

XVI. AFILIACION A LA SEGURIDAD 11

XVII. CONCLUSION ..... ¡Error! Marcador no definido.

I. INTRODUCCION

A continuación, se presentan las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos en la gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, correspondientes al contrato No. **BGA-035-2025 DEL 25 DE JULIO DE 2025**, cuyo objeto es mantenimiento, adecuaciones y/o reparaciones locativas de las sedes judiciales ubicadas en los municipios de Coromoro, La Belleza y Sucre - Santander, ejecutado bajo las condiciones técnicas, de calidad y cantidades requeridas por la entidad, desde el 29 de agosto hasta la fecha de corte, 28 de septiembre de 2025.

II. OBJETIVOS

- Prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo durante la ejecución del contrato, dando como resultado una tasa de accidentalidad de cero.
- Asegurar que la totalidad de los trabajadores contarán con elementos de protección personal EPP y elementos de protección contra caídas EPCC requeridos para sus actividades.
- Cumplir con las disposiciones legales aplicables en SST, garantizando el diligenciamiento de registros, inspecciones y demás en el desarrollo del proyecto.

III. INFORMACION DEL PROYECTO

El proyecto consistió en la intervención integral de las sedes judiciales de los municipios de Coromoro, La Belleza y Sucre, teniendo en cuenta el estado de afectación en las instalaciones, resaltando la necesidad de ejecutar actividades tales como reparación y cambio de cubierta en patio, cambio de enchapes y aparatos sanitarios de los baños, resanes de paredes y pintura a tres manos, reparación y cambio de puertas metálicas, cambio de sistema de iluminación y acometidas. Todo ello, con el único propósito de mantener y mejorar las condiciones de estos, evitando riesgos y garantizando un entorno laboral digno, acorde con los requerimientos propios y la imagen que debe proyectar la Entidad. Para así brindar unas instalaciones seguras, en excelentes condiciones dando soporte en el cumplimiento de la misión encomendada a la Dirección Ejecutiva Seccional, preservando el medio ambiente y cumpliendo con las normas establecidas para el cuidado de la salud.

IV. UBICACIÓN DEL PROYECTO

La intervención realizada para el contrato No BGA-035-2025 DEL 25 DE JULIO DE 2025, con objeto: Mantenimiento De Los Inmuebles donde funcionan las sedes judiciales De La Belleza, Sucre Y Coromoro (Santander), De acuerdo con la condiciones y especificaciones técnicas requeridas por la entidad, se localizan en las siguientes ubicaciones:

1. CALL 6 No. 4 -32 en el municipio de Coromoro, en el departamento de Santander.



IMAGEN 1. FUENETE GOOGLE MAPS



IMAGEN 2. FACHADA JUZGADO PROMISCUO EN EL MUNICIPIO COROMORO

2. CALL 6 No. 2 -62 en el municipio de La Belleza, en el departamento de Santander.



IMAGEN 3. FUENETE GOOGLE MAPS



IMAGEN 4. FUENETE GOOGLE MAPS

3. CRA 4 No.5 -33 en el municipio de La Sucre, en el departamento de Santander.



IMAGEN 5. FUENETE GOOGLE MAPS

V. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE OBRA EJECUTADAS

Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 29 de agosto de 2025 al 28 de septiembre de 2025 se realizaron las siguientes actividades.

ACTIVIDAD	RIESGO	MEDIDAS DE SEGURIDAD
Desmonte de cubierta	- Trabajo en alturas - Material particulado - Golpes	- Charla de seguridad - Usar EPP
Demolición de enchapes	-Proyección de fragmentos -Golpes	- Charla de seguridad - Usar EPP -Humedecer la superficie antes de picas para reducir el polvo.
Desmonte de puertas	-Levantar peso excesivo -Golpes	- Charla de seguridad - Usar EPP
Escarificación, resane y pintura de muros	-Proyección de fragmentos -Golpes	- Charla de seguridad - Usar EPP
Mantenimiento de puertas y ventanas	- Material particulado	- Charla de seguridad - Usar EPP

Revisión y reparación de tejas en cubierta y cambio de flanche	- Trabajo en alturas - Material particulado	- Charla de seguridad - Usar EPP
Enchape y cambio de aparatos sanitarios	-Levantar peso excesivo -Golpes	- Charla de seguridad - Usar EPP
Cambio de acometidas eléctricas de puntos de iluminación	- Trabajo en alturas - Golpes	- Charla de seguridad - Usar EPP dielectrico
Instalación de luminarias led	- Trabajo en alturas - Golpes	- Charla de seguridad - Usar EPP dielectrico

VI. UBICACIÓN DE CAMPAMENTO O ZONA DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL Y VESTIER DE LOS TRABAJADORES

No se contó con un campamento permanente, ni con áreas exclusivas para almacenamiento. Estos espacios se habilitaron de manera temporal y ajustados a la disposición del avance y disposición del trabajo, garantizando el orden y aseo de los mismos.
No se requirió Vestier, ya que los trabajadores no necesitaban cambiarse de ropa en el trabajo, se manejó de modo que llegaran listos a iniciar labores.

VII. RELACION DEL PERSONAL DE OBRA

NOMBRE	CARGO
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	RESIDENTE DE OBRA
DIEGO ARTURO LIZCANO	MAESTRO
YEREMI JESUS CASTILLO	OFICIAL
ERIKA PAOLA OLIVEROS	PROFESIONAL SST
JUAN CARLOS SUAREZ	ELECTRICO

VIII. INDICADORES SST

La resolución 0312 de 2019, en su artículo 30 “estándares mínimos en seguridad y salud en el trabajo” me indica:

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION	FORMULA	INTERPRETACION	PERIOCIDAD MINIMA
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo.	Mensual

		trabajadores en el mes) * 100		
Ausentismo por cauda medica	Ausentismo es la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica.	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajos programados en el mes)*100	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo Mensual Mensual por incapacidad médica	Mensual

Teniendo en cuenta el anterior cuadro solo se tendrán en cuenta los indicadores mensuales, ya que el contrato se ejecutó en aproximadamente dos meses.

Parámetros:
Personal Permanente en obra: 3
Jornada: 8 horas diurnas
Periodo: 1 mes
Número de accidentes en el mes: 0

- Frecuencia de accidentalidad

$$\text{Frecuencia de accidentalidad} = \left(\frac{\text{Número de accidentes de trabajo en el mes}}{\text{Número total de trabajadores en el mes}}\right) \times 100$$

Frecuencia: 0/3*100 =0

- Ausentismo por causa medica Ausentismo:

$$\text{Ausentismo (\%)} = \left(\frac{\text{Número de días de ausencia por incapacidad en el mes}}{\text{Número de días de trabajo programados en el mes}}\right) \times 100$$

(0/25*5) * 100 (0/125)*100 = 0

Según los anteriores indicadores, nos presentaron ausentismos por causa medica y tampoco se registraron accidentes.

IX. CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES E INDUCCIONES CON FORMATOS DE ASISTENCIA.

Se llevaron a cabo charlas de concientización dirigidas a la población trabajadora, con el objetivo de educar y sensibilizar sobre los peligros existentes en el área de trabajo. Los resultados obtenidos muestran un incremento en la comprensión y conocimiento sobre los temas de las charlas por parte de los participantes.

X. CHARLAS DE SEGURIDAD

Se llevaron a cabo charlas de concientización dirigidas a la población trabajadora, con el objetivo de educar y sensibilizar sobre los peligros existentes en el área de trabajo. Los resultados obtenidos muestran un incremento en la comprensión y conocimiento sobre los temas de las charlas por parte de los participantes.

TEMAS			
TEMA	**FECHA**	**REALIZADA**	**RESPONSABLE**
importancia de los EPP	29 de agosto 2025	si	ERIKA ORTEGA
Beneficios de las pausas activas	30 de agosto 2025	si	ERIKA ORTEGA
Identificación de peligros	1 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Valoracion de riesgos	2 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Accidente de trabajo	3 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Enfermedad laboral	4 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Resaltar la importancia de pausas activas	5 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
orden y aseo en el trabajo	6 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Higiene personal	8 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Autocuidado	9 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Hoja de datos de seguridad	10 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Codigo de colores	11 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Trabajo en alturas y uso correpto de elementos de proteccion contra caidas EPCC	12 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
investigacion de accidente de trabajo	13 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Incidente de trabajo	15 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Manipulacion de cargas	16 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Factorres humanos que causan accidentes	17 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Prevencion de caidas en el trabajo	18 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Recordar temas de seguridad y salud en el trabajo	19 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Riesgo fisico	20 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Ergonomia en el trabajo	22 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Seguridad con herramientas	23 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Importancia de los EPP	24 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Organización en el trabajo	25 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Seguridad con herramientas de mano	26 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Peligros y riesgos en obra	27 de septiembre 2025	si	ERIKA ORTEGA
Como soporte de este proceso, se anexan y adjuntan al presente informe los respectivos formatos.			

XI. CAPACITACIONES

De acuerdo al plan de capacitaciones, se han venido realizando aquellas que se consideran de mayor importancia, así mismo, se han ejecutado en espacios oportunos dentro de la jornada laboral.(anexo formatos)

CAPACITACION			
TEMA	**FECHA**	**REALIZADA**	**RESPONSABLE**
Riesgos y peligros de acuerdo a las actividades a ejecutar	1 de septiembre de 2025	si	ERIKA ORTEGA
Atención y manejo de emergencias	8 de septiembre de 2025	si	ERIKA ORTEGA
Reporte de incidentes y accidentes de trabajo	15 de septiembre de 2025	si	ERIKA ORTEGA
Procedimiento de trabajo seguro	22 de septiembre de 2025	si	ERIKA ORTEGA
Planes de rescate	25 de septiembre de 2025	si	ERIKA ORTEGA

Como soporte de este proceso, se anexan y adjuntan al presente informe los respectivos formatos.

XII. INDUCCION

Al inicio de las labores en obra se realizó una inducción al personal.

INDUCCION			
TEMA	**FECHA**	**REALIZADA**	**RESPONSABLE**
Inducción al sistema de seguridad y salud en el trabajo (SG SST)	2025	si	ERIKA ORTEGA

XIII. SOPORTES DE LAS NOTIFICACIONES DE RIESGOS

Identificación de peligros

Seguidamente se presentan los peligros y riesgos identificados, y medidas de control que se han implementado en el lugar de trabajo, a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores del contrato.

Estas mismas fueron expuestas al personal de obra durante la ejecución del mismo.

PELIGRO	RIESGO	MEDIDA DE CONTROL
Mecánico: herramientas y piezas a trabajar.	Cortes, golpes y roces.	Uso de EPP, concientización del trabajador y autocuidado.
Locativo: Condiciones de orden y aseo.	Caídas al mismo nivel, tropezones y resbalones.	Concientización del trabajador y jornada de orden y aseo.
Trabajo en alturas	Caidas	Uso de EPCC, concientización del trabajador y autocuidado
Biomecánico: manipulación manual de cargas, posturas anti gravitacionales.	Lesiones musculoesqueléticas.	concientización del trabajador y autocuidado.
Químico: líquidos, gases y vapores.	Intoxicaciones y problemas respiratorios.	Uso de EPP, concientización del trabajador y autocuidado.

XIV. COPASST (comité paritario de seguridad y salud en el trabajo).

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1 de la resolución 2013 de 1986, el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST debe conformarse únicamente en las empresas o centros de trabajo que cuenten con 10 o más trabajadores, así mismo, en su artículo 3 no dice que las empresas que tengan menos de 10 trabajadores deberán actuar en conjunto con los trabajadores para desarrollar el SG SST. En el marco del presente contrato se conto con menos de 10 trabajadores en obra, en consecuencia, no fue requerido conformar un COPASST.

XV. PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y OTRAS MEDIDAS CONTEMPLADAS SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCIÓN 1238 DE 2022)

Se precisa que, conforme a lo establecido en la Resolución 1238 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, la emergencia sanitaria por COVID-19 finalizó, y con ello cesó la obligatoriedad de implementar protocolos de bioseguridad en los centros de trabajo.

No fue requerido un protocolo específico de bioseguridad; sin embargo, se mantuvieron medidas de prevención y autocuidado contempladas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

XVI. AFILIACION A LA SEGURIDAD

En cumplimiento de la normatividad vigente, constitución política de Colombia de 1991 en su artículo 48 y 49, y la ley 100 de 1993 se realizó la afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) de los trabajadores vinculados de manera permanente a la obra.

De igual forma, para los trabajadores contratados de manera temporal, se efectuó la afiliación únicamente a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), garantizando así la cobertura en caso de accidentes durante la ejecución de las labores asignadas.

Como soporte de este proceso, se anexan y adjuntan al presente informe las respectivas planilla pagas.

XVII. EXAMENES MEDICO DE INGRESO

Durante el periodo de ejecución del presente informe se realizaron 5 exámenes de ingreso del personal en obra.

EXAMEN DE INGRERSO	REALIZADO
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	SI
DIEGO ARTURO LIZCANO GOMEZ	SI
YEREMI JESUS CASTILLO	SI
ERIKA PAOLA OLIVEROS ORTEGA	SI
JUAN CARLOS SUAREZ IGLESIAS	SI

Como soporte de este proceso, se anexan y adjuntan al presente informe los respectivos soportes.

XVIII. CERTIFICADOS DE ALTURA

Durante la ejecución del presente informe las actividades realizadas en alturas fueron ejecutadas por el personal con el curso y certificado en trabajo en alturas.

PERSONAL CON CERTIFICADO EN ALTURAS	ACTIVO
DIEGO ARTURO LIZCANO GOMEZ	SI

Como soporte de este proceso, se anexan y adjuntan al presente informe los respectivos formatos.

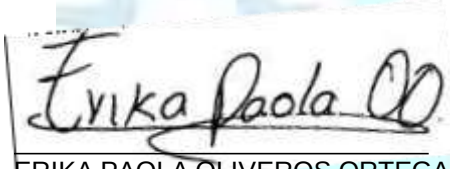
XIX. CONCLUSION

Finalmente, se ha logrado fomentar la participación activa de los trabajadores en los diferentes temas relacionados con la seguridad y salud en el trabajo, generando una

mayor conciencia sobre la importancia de prevenir accidentes laborales y promover ambientes de trabajo seguros. Este proceso ha permitido resaltar el valor del trabajo en equipo, la comunicación asertiva y la corresponsabilidad frente al cuidado propio y de los demás, fortaleciendo la cultura de autocuidado como pilar fundamental dentro de la organización.

De igual manera, es importante destacar que se han mantenido y reforzado las buenas prácticas en cada una de las actividades ejecutadas, procurando siempre cumplir con la normatividad vigente y garantizando la implementación de medidas preventivas y correctivas que contribuyan a la protección integral de los trabajadores. Dichas acciones no solo favorecen el bienestar físico y mental de la población trabajadora, sino que también impactan de manera positiva en la productividad, el clima laboral y la sostenibilidad de la empresa.

Para constancia se firma el día 28 de septiembre de 2025 por las personas involucradas en el informe.



ERIKA PAOLA OLIVEROS ORTEGA
C.C. 1.090.481.695 Cúcuta
RESIDENTE SST OBRA



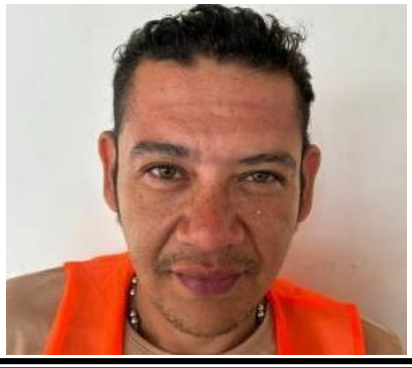
MARIA DEL PILAR OZUNA MORA
C.C. 38.262.232 IBAGUE
REPRESENTANTE LEGAL
SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
NIT 901400169-0

DR. GABRIEL MENESES
MEDICO GENERAL Y MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
NIT: 1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 61 23 44
316 225 7199 - 316 625 8211
USUARIO.9MEDISSAT12@GMAIL.CO

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 6353878714948

EMPRESA CONTRATANTE: SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2025-09-09

NOMBRE: JUAN CARLOS SUAREZ IGLESIAS

DOCUMENTO N°: 78714948

CARGO: ELECTRICO

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

LABORATORIOS:
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	DIETA:SI EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:
VISUAL: SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCI DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE L INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONA SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QU ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

1) SE RECOMIENDA INDUCCIÓN PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN
2) APLICAR NORMAS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y PARA MANIPULACIÓN DE CARGAS, APLICAR MEDIDAS DE PROTECCIÓN PASIVAS Y ACTIVAS CONTRA CAÍDAS PARA LOS FINES PERTINENTES. SIEMPRE TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES FÍSICAS INDIVIDUALES. EVITAR EL DESPLAZAMIENTO DE MATERIAL DE FORMA MANUAL: SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, SE REALIZARÁ MECÁNICAMENTE, SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL ENCARGADO DE SST DE LA OBRA O DE SU SUPERIOR INMEDIATO, TANTO EN LOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN COMO DE LA SEGURIDAD.
3) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA, CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS, INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS
4) INSPECCIONE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS, LAS CONDICIONES DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS. ASIMISMO TOME LAS MEDIDAS NECESARIAS EN CASO DE HALLAR SEÑALES DE DESGASTE INUSUALES O QUE INDIQUEN EL FIN DE SU VIDA ÚTIL.

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON



FIRMA DEL TRABAJADOR



REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

DOCUMENTO N°: 78714948

IMPRESO CON MEDIOCSOFT SOFTWARE DE SALUD OCUPACIONAL ©

DR. GABRIEL MENESES
MEDICO GENERAL Y MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
NIT: 1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 61 23 44
316 225 7199 - 316 625 8211
USUARIO.9MEDISSAT12@GMAIL.CO

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 635381090481695

EMPRESA CONTRATANTE: SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO	FECHA:2025-09-09
NOMBRE: ERIKA PAOLA OLIVEROS ORTEGA	DOCUMENTO N°: 1090481695
CARGO: SISO	CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

LABORATORIOS:
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	DIETA:SI EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:
VISUAL: SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

1) SE RECOMIENDA INDUCCIÓN PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN
2) APLICAR NORMAS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y PARA MANIPULACIÓN DE CARGAS, APLICAR MEDIDAS DE PROTECCIÓN PASIVAS Y ACTIVAS CONTRA CAÍDAS PARA LOS FINES PERTINENTES. SIEMPRE TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES FÍSICAS INDIVIDUALES. EVITAR EL DESPLAZAMIENTO DE MATERIAL DE FORMA MANUAL: SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, SE REALIZARÁ MECÁNICAMENTE, SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL ENCARGADO DE SST DE LA OBRA O DE SU SUPERIOR INMEDIATO, TANTO EN LOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN COMO DE LA SEGURIDAD.
3) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA, CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS, INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS
4) INSPECCIONE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS, LAS CONDICIONES DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS. ASIMISMO TOME LAS MEDIDAS NECESARIAS EN CASO DE HALLAR SEÑALES DE DESGASTE INUSUALES O QUE INDIQUEN EL FIN DE SU VIDA ÚTIL.

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON



FIRMA DEL TRABAJADOR



REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

DOCUMENTO N°: 1090481695

IMPRESO CON MEDIOCSOFT SOFTWARE DE SALUD OCUPACIONAL ©

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.095.921.037**

CORZO DIAZ

APELLIDOS

JUAN CAMILO

NOMBRES



Juan Corzo

FIRMA

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.88	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-MAR-2008 GIRON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2709100-01023913-M-1095921037-20180719 **0061**976860A 1 9905042154

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 16/09/2025 11:30:06 AM
Fecha de radicación : 16/09/2025 11:30:00 AM
ITD_202509121157_1095921037

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación		Razón social
NIT 901400169	0 (D.V)	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS

Sucursal	Agencia
PRI - SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.095.921.037	2008/03/10	SANTANDER	GIRON	1990/01/23

Nombres y apellidos			
JUAN	CAMILO	CORZO	DIAZ

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	CL 12 9 51	CENTRO

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
SAN GIL	SANTANDER	URBANA	5400000	3115416604

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
SOLUCIONESPRACTICASPRO@GMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2025/09/11	OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRA GRUESA Y AFINES NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,423,500	0	1,423,500

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
SAN GIL	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M, F o NB	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

Medio de pago		¿Cuenta con certificado bancario?		Tipo de cuenta		Número de cuenta	

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino
(NB) No binario

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Al diligenciar este formulario autorizo a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, ubicada en la Avenida González Valencia No. 52-69 de Bucaramanga y con teléfono de contacto 607 6577000, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, consignados en este medio y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, con el fin de que sean consultados y reportados en centrales de riesgo, transmitidos y transferidos nacional e internacionalmente, usados para contactarme para adelantar gestiones de cobro y/o enviar mensajes publicitarios o comerciales, a través de los canales: correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y en general para las demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfenalcosantander.com.co la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro que poseo autorización de los otros titulares de datos que suministro (Beneficiarios, Grupo Familiar, Dependientes, entre otros), para que Comfenalco Santander les dé tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la Política mencionada.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
Firma del empleador
Número documento empleador 901400169

JUAN CAMILO CORZO DIAZ
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.095.921.037

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015486078	1|2|0|9|2|0|2|5

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

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

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

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
CORZO Primer apellido	DIAZ Segundo apellido	JUAN Primer nombre	CAMILO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1095921037	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
NINGUNA		1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 19 11 C 50		3204512587	JUANCAMILOCORZO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
MAGDALENA	SANTA MARTA	170	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS GIRON CENTRO - VS UOD GIRON POBLADO	VSGIRON - VSUODGIRON
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES S	NIT	901400169	

59.Ubicación				
CL 11 43 53 CALARCA Dirección	0 Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	ANTIOQUIA Departamento	MEDELLIN Municipio/distrito

No de Radicacion
4015486078

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|1|0|9|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

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

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO CORZO DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.095.921.037**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

Juan Camilo Corzo Diaz identificado con **Cédula Ciudadanía 1095921037** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
Tipo y Número de Documento	NIT 901400169
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/09/11
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	4429001
Clase de Riesgo	4
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2025/09/12.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DR. GABRIEL MENESES
MEDICO GENERAL Y MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
NIT: 1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 61 23 44
316 225 7199 - 316 625 8211
USUARIO.9MEDISSAT12@GMAIL.CO

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 635381095921037

EMPRESA CONTRATANTE: SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2025-09-11

NOMBRE: JUN CAMILO CORZO DIAZ

DOCUMENTO N°: 1095921037

CARGO: RESIDENTE DE OBRA

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

LABORATORIOS:
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	DIETA:SI EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:
VISUAL: SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

1) SE RECOMIENDA INDUCCIÓN PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS, QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN
2) APLICAR NORMAS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y PARA MANIPULACIÓN DE CARGAS, APLICAR MEDIDAS DE PROTECCIÓN PASIVAS Y ACTIVAS CONTRA CAÍDAS PARA LOS FINES PERTINENTES. SIEMPRE TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES FÍSICAS INDIVIDUALES. EVITAR EL DESPLAZAMIENTO DE MATERIAL DE FORMA MANUAL: SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, SE REALIZARÁ MECÁNICAMENTE, SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL ENCARGADO DE SST DE LA OBRA O DE SU SUPERIOR INMEDIATO, TANTO EN LOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN COMO DE LA SEGURIDAD.
3) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA, CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS, INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS
4) INSPECCIONE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS, LAS CONDICIONES DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS. ASIMISMO TOME LAS MEDIDAS NECESARIAS EN CASO DE HALLAR SEÑALES DE DESGASTE INUSUALES O QUE INDIQUEN EL FIN DE SU VIDA ÚTIL.

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON



FIRMA DEL TRABAJADOR



REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

DOCUMENTO N°: 1095921037

IMPRESO CON MEDIOCSOFT SOFTWARE DE SALUD OCUPACIONAL ©

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 12/09/2025 12:13:16 PM
Fecha de radicación : 12/09/2025 12:13:00 PM
ITD_202509121213_6403681

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
NIT 901400169	0	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS

Sucursal	Agencia
PRI - SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
PT 6403681	2022/01/30	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	2002/02/02

Nombres y apellidos			
YEREMI	JESUS	CASTILLO	RONDON

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	BUCARAMANGA	QUEBRADA SECA

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA	5400000	3246874125

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
SOLUCIONESPRACTICASPRO@GMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2025/09/11	OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRA GRUESA Y AFINES NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,423,500		1,423,500

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
BUCARAMANGA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M, F o NB	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

Medio de pago		¿Cuenta con certificado bancario?		Tipo de cuenta		Número de cuenta	

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino
(NB) No binario

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Al diligenciar este formulario autorizo a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, ubicada en la Avenida González Valencia No. 52-69 de Bucaramanga y con teléfono de contacto 607 6577000, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, consignados en este medio y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, con el fin de que sean consultados y reportados en centrales de riesgo, transmitidos y transferidos nacional e internacionalmente, usados para contactarme para adelantar gestiones de cobro y/o enviar mensajes publicitarios o comerciales, a través de los canales: correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y en general para las demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfenalcosantander.com.co la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro que poseo autorización de los otros titulares de datos que suministro (Beneficiarios, Grupo Familiar, Dependientes, entre otros), para que Comfenalco Santander les dé tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la Política mencionada.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
Firma del empleador
Número documento empleador 901400169

YEREMI JESUS CASTILLO RONDON
Firma del trabajador
Número documento trabajador 6403681

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

200608150

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X | B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X | - Beneficiario o Afiliado adicional | B. Colectiva | C. Institucional | D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si | No X
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario | D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS):

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

8. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CASTILLO	RENDON	YEREMI	JESUS

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
PPT	6403681	Femenino	Masculino X	F M X T NB Otro	VENEZOLANO

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
VENEZUELA	VENEZUELA	VENEZUELA	VENEZUELA	01 02 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA	PORVENIR	1.423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
AV. QUEBRADA SECA # 30 - BUCARAMANGA	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3219704532	SOLUCIONESPRACTICASPRO@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

200608150

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	NIT	901400169-0	

59. Ubicación

Dirección: CR 11 # 43 - 53 | Teléfono fijo o Celular: 332405236

Correo Electrónico: SOLUCIONESPRACTICASPRO@GMAIL.COM | Departamento: TOLIMA | Municipio / Distrito: IBAGUE

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	11092025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Yeremi Castrillon	Marial Del Pilar Ozuna Mora

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

OBSERVACIONES:

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

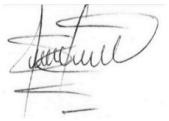
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YEREMI JESUS CASTILLO RONDON** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **6403681,** se encuentra afiliado/a desde **16/09/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de septiembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

Yerimi Jesus Castillo Rondon identificado con **Permiso por protección temporal 6403681** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
Tipo y Número de Documento	NIT 901400169
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/09/11
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	4429001
Clase de Riesgo	4
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2025/09/12.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DR. GABRIEL MENESES
MEDICO GENERAL Y MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
NIT: 1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 61 23 44
316 225 7199 - 316 625 8211
USUARIO.9MEDISSAT12@GMAIL.CO

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 635386403681

EMPRESA CONTRATANTE: SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2025-09-11

NOMBRE: YEREMI JESUS CASTILLO RONDON

DOCUMENTO N°: 6403681

CARGO: OFICIAL DE OBRA

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

LABORATORIOS:
TIPO DE SANGRE:(A+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	DIETA:SI EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:
VISUAL: SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

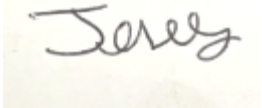
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

1) SE RECOMIENDA INDUCCIÓN PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS, QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN
2) APLICAR NORMAS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y PARA MANIPULACIÓN DE CARGAS, APLICAR MEDIDAS DE PROTECCIÓN PASIVAS Y ACTIVAS CONTRA CAÍDAS PARA LOS FINES PERTINENTES. SIEMPRE TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES FÍSICAS INDIVIDUALES. EVITAR EL DESPLAZAMIENTO DE MATERIAL DE FORMA MANUAL: SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, SE REALIZARÁ MECÁNICAMENTE, SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL ENCARGADO DE SST DE LA OBRA O DE SU SUPERIOR INMEDIATO, TANTO EN LOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN COMO DE LA SEGURIDAD.
3) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA, CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS, INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS
4) INSPECCIONE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS, LAS CONDICIONES DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS. ASIMISMO TOME LAS MEDIDAS NECESARIAS EN CASO DE HALLAR SEÑALES DE DESGASTE INUSUALES O QUE INDIQUEN EL FIN DE SU VIDA ÚTIL.

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON



FIRMA DEL TRABAJADOR



REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

DOCUMENTO N°: 6403681

IMPRESO CON MEDIOCSOFT SOFTWARE DE SALUD OCUPACIONAL ©

COMFAMILIAR NARIÑO

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
SISTEMA DE GESTIÓN
FORMULARIO PARA AFILIACION DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PERSONAS A CARGO

Codigo PAS-SGCM-F-1 | Version 11 | Fecha de Aprobación 19/11/2024

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA

TIPO DE AFILIADO (Uso exclusivo Comfamiliar de Nariño)

Dependiente	X	Madre Comunitaria	SI	NO X	Veterano Fuerza Pública		Trabajador de Servicio Doméstico	
Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador		Trabajador Extranjero						

TIPO DE NOVEDAD (Uso exclusivo Comfamiliar de Nariño)

Afiliación por primera vez	X	*Cambio de Empresa*		*Auxilio por Muerte de Trabajador*	
Adición de personas a cargo		*Reintegro a la Empresa*		*Auxilio por Muerte de Beneficiario*	

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	Razón Social de la Empresa	Dirección	Teléfono	Ciudad
901400169	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	CR 11 #43 -53	3332405236	IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

Numero de Identificación	Tipo de Identificación						Fecha de Expedición
1075274909	TI	CC X	CE	PA	PPT	VISA	Día 11 Mes 11 Año 2011

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
LIZCANO	GOMEZ	DIEGO	ARTURO

Barrio	Dirección de Residencia	Ciudad	Teléfono Fijo o Celular	Correo Electrónico	Nivel de Educación
MISTARES I Y II, III Y IV	KR 6 42 53	IPIALES (NARINO)	5400000-3332405236	SOLUCIONSPRACTICASPRO@GMAIL.COM	Ninguno Primaria Secundaria X; Universitarios Postgrados Otros Estudios

Fecha de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Sector	Capacidad Laboral	No de horas/mes	Salario Fijo o Promedio (Básico mas Comisiones)
Día 19 Mes 09 Año 1993	NEIVA (HUILA)	COLOMBIA	M X; F; OTRO	Urbano X; Rural	Normal X; Discapacidad	240	$ 1423500

Estado Civil	Cabeza de Hogar	Vivienda	Ocupación	Orientación Sexual
Soltero X; Casado; Viudo; Unión Libre; Divorciado; Separado	Si X; No	Familiar; Propia; Arriendo; Hipoteca X	OFICIALES, OPERARIOS, ARTESANOS Y TRABAJADORES	Heterosexual X; Homosexual; Bisexual; Información No Disponible

Pertenencia Etnia			Factor de Vulnerabilidad			
Afrocolombiano	Comunidad negra	Indígena	Desmovilizado	Reinsertado	Damnificado	Desplazado
Palanquero	Raizal de San Andres, Providencia y Santa Catalina		Población zona de frontera	Hijos de desmovilizados	En condición de discapacidad	
Room Gitano	Ninguna de las anteriores	No disponible X	Hijos de madres cabeza de familia	Victima de Conflicto Armado	No aplica X	

Resguardo	Pueblo Indigena	Categoria					Fecha de Ingreso a la Empresa
NO TIENE	NO TIENE	A	B	C	D	Particular	Día 29 Mes 09 Año 2025

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a COMFAMILIAR NARIÑO a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aún conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfamiliarnarino.com. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a COMFAMILIAR NARIÑO y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Numero de Identificación	Tipo de Identificación						Fecha de Expedición
	TI	CC	CE	PA	PPT	VISA	Día Mes Año

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Teléfono Fijo o Celular	Ciudad de Nacimiento

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Salario	Correo Electrónico
Día Mes Año	M F OTRO	Casado Unión Libre	$	

Nivel de Educación	Capacidad Laboral	Recibe Subsidio Familiar	Afiliación a esta u otra Caja de Compensación Familiar
Ninguno Primaria Secundaria; Universitarios Postgrados Otros Estudios	Normal Discapacidad	Si No	

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Numero de Identificación	Tipo de Identificación						Fecha de Expedición
	TI	CC	CE	PA	PPT	VISA	Día Mes Año

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Teléfono Fijo o Celular	Ciudad de Nacimiento

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Salario	Correo Electrónico
Día Mes Año	M F OTRO	Casado Unión Libre Divorciado Soltero Separado	$	

Nivel de Educación	Capacidad Laboral	Recibe Subsidio Familiar
Ninguno Primaria Secundaria; Universitarios Postgrados Otros Estudios	Normal Discapacidad	Si No

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (Hijos, Hijastros, Hermanos huerfanos de Padre y Madre, Padres mayores de 60 años que no perciban ingresos, Dependiente por Custodia, Hijo de Crianza)

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	SEXO: Femenino	Masculino	Otro	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	TIPO DE DOCUMENTO: RC	TI	CC	CE	PA	PPT	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN: Día	Mes	Año	PARENTESCO: Hijos	Padres	Hermanos	Padres	Dependiente por Custodia	CAPAC: Normal	Discapacidad	PERTENENCIA ETNIA: Afrocolombiano	Palenquero	Room Gitano	Comunidad Negra	Raizal de San Andres, Providencia y Santa Catalina	Indígena	Ninguna de las anteriores	No disponible	RESGUARDO	PUEBLO INDIGENA
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					

Abreviatura Tipo de Documento: Registro Civil RC-Tarjeta de identidad TI-Cedula de Ciudadanía CC-Cedula de Extranjería CE-Pasaporte PA-Permiso por Protección Temporal PPT

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE ESTE FORMULARIO HA SIDO EXAMINADO POR MI Y TODOS LOS DATOS QUE A MI SE REFIEREN SON EXACTOS Y CORRESPONDEN A LA VERDAD.

DIEGO ARTURO LIZACO GOMEZ
Firma del Trabajador No. de Identificación

Maria del Pilar Ozuna Mora
Firma del Empleador o Responsable

OBSERVACIONES EXCLUSIVO PARA COMFAMILIAR DE NARIÑO	ESPACIO PARA NOTA Y SELLO EXCLUSIVO PARA COMFAMILIAR DE NARIÑO

PARA CUALQUIER RECLAMO, SIN EXCEPCION, FAVOR PRESENTAR COPIA DE ESTE FORMATO DEBIDAMENTE SELLADO

NOTA IMPORTANTE: Reclame su Tarjeta Preferencial para obtener los servicios que presta COMFAMILIAR DE NARIÑO

ORIGINAL: COMFAMILIAR - COPIA: TRABAJADOR

Comfamiliar en línea

VIGILADO SuperSubsidio

1. **Pertenece al Subproceso de** Gestión Cuota Monetaria

2. **Descripción**

REQUISITOS PARA AFILIAR TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO CON DERECHO A LA CUOTA MONETARIA

a. Trabajador soltero(a):
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Copia de documento de identidad del Trabajador (por primera vez)

NOTA: Cuando el trabajador es menor de edad, se debe anexar la autorización emitida por el Ministerio de Trabajo

b. Trabajador con cónyuge:
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Partida de Matrimonio o si es Unión Libre diligenciar Formato para declaración juramentada (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Copia de documento de identidad de la Cónyuge o Compañero(a) (por primera vez)
- ✓ Copia de documento de identidad del Trabajador (por primera vez)

c. Cónyuge o compañero(a) permanente cuidador:
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Copia de documento de identidad del Cónyuge Cuidador (por primera vez)
- ✓ Partida de Matrimonio o si es Unión Libre diligenciar Formato para declaración juramentada (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Certificado de la EPS, IPS o entidad competente, donde especifique sobre la situación de discapacidad de la persona que requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral, labores que pueden ser desempeñadas por el cónyuge cuidador, de acuerdo con lo establecido en el Art. 8 de la Ley 2225 de 2022
- ✓ Formato para declaración juramentada de cónyuge o compañero(a) permanente cuidador de beneficiario en condición de discapacidad (Formato Comfamiliar de Nariño)

NOTA: El salario del cotizante no debe superar los dos (2) SMLV y el Cónyuge Cuidador no puede ser trabajador activo.

d. Hijos(as) legítimos:
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Registro civil de nacimiento del beneficiario
- ✓ Partida de Matrimonio o si es Unión Libre diligenciar Formato para declaración juramentada (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Copia de documento de identidad de la madre o padre biológico de los beneficiarios
- ✓ Certificado Escolar para Hijos de doce (12) hasta dieciocho (18) años con Once (11) Meses
- ✓ Cuando es hijo discapacitado presentar certificado de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social

NOTA: Cuando se trate de giro de cuota monetaria al padre o un tercero, se deberá presentar la custodia emitida por la entidad competente y Copia de cedula de la persona que acredite la custodia.

e. Hijastros(as):
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Registro civil de nacimiento del beneficiario
- ✓ Formato para Declaración Juramentada que Conste la Convivencia y Dependencia Económica (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Copia de documento de identidad de la madre y el Padre Biológico (por primera vez)
- ✓ Partida de matrimonio o si es unión libre diligenciar Formato para declaración juramentada (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Certificado Escolar para Hijos de doce (12) hasta dieciocho (18) años con Once (11) Meses
- ✓ Cuando es hijastro discapacitado presentar certificado de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social
- ✓ Certificado de la Entidad Promotora de Salud - EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que aporte al hogar
- ✓ En caso de que la madre o padre biológico haya fallecido, anexar registro civil de defunción

f. Adoptivos(as):
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Registro civil de nacimiento del beneficiario
- ✓ Escritura de Adopción o sentencia judicial
- ✓ Copia de documento de identidad de la Cónyuge o Compañero(a) (por primera vez)
- ✓ Partida de matrimonio o si es unión libre diligenciar Formato para declaración juramentada (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Certificado Escolar para Hijos de doce (12) hasta dieciocho (18) años con Once (11) Meses
- ✓ Cuando es hijo discapacitado presentar certificado de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social

g. Padres mayores de 60 años (que no perciban ingresos, ni renta):
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Copia de documento de identidad de los Padres o el documento válido de identificación para extranjeros
- ✓ Registro Civil de Nacimiento del Trabajador que acredite parentesco
- ✓ Formato para declaración de padres de no ingresos (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Formato para Declaración Juramentada (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ En el caso de que los padres se encuentren afiliados por otro trabajador, diligenciar Formato para cesión de derechos afiliación de padres cuota monetaria (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Certificado de la EPS en donde conste el tipo de afiliación de los padres como beneficiario del trabajador o afiliado a régimen subsidiado
- ✓ Cuando el padre es discapacitado, presentar certificado de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social
- ✓ Si uno de los padres es fallecido adjuntar registro civil de defunción
- ✓ Formato para autorización de solicitud de información tributaria (Formato Comfamiliar de Nariño)

NOTA: Si el Padre es discapacitado no es necesario que cumpla los sesenta (60) años, se puede afiliar con anterioridad teniendo en cuenta que cumpla los requisitos de presentar el certificado de discapacidad expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

h. Hermanos(as) huérfanos de padre y madre:
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Registro Civil de Defunción de los Padres (Padre y Madre)
- ✓ Registro Civil de Nacimiento del Trabajador que acredite parentesco
- ✓ Registro Civil de nacimiento del hermano huérfano de padre y madre que acredite parentesco
- ✓ Formato para Declaración Juramentada que Conste la Convivencia y Dependencia Económica (Formato Comfamiliar de Nariño)
- ✓ Certificado Escolar para Hermanos de (12) hasta dieciocho (18) años con Once (11) Meses
- ✓ Cuando el hermano es discapacitado presentar certificado de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social

i. Dependiente por custodia:
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Registro civil de nacimiento del beneficiario
- ✓ Certificado Escolar para Hijos de doce (12) hasta dieciocho (18) años con Once (11) Meses
- ✓ Documento de custodia emitido por la entidad competente
- ✓ Cuando el dependiente por custodia es discapacitado presentar certificado de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social

j. Hijo de crianza:
- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Registro civil de nacimiento del beneficiario
- ✓ Certificado Escolar para Hijos de doce (12) hasta dieciocho (18) años con Once (11) Meses
- ✓ Sentencia judicial o escritura pública que reconozca la calidad de hijo de crianza expedida por la autoridad competente.
- ✓ Cuando el hijo de crianza es discapacitado presentar certificado de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social

REQUISITOS PARA AUXILIOS ESPECIALES POR MUERTE DE TRABAJADOR Y MUERTE DE BENEFICIARIO

- ✓ Formulario para afiliación de trabajadores dependientes y personas a cargo diligenciado en su totalidad
- ✓ Copia de documento de identidad del solicitante
- ✓ Registro civil de defunción trabajador/beneficiario
- ✓ En caso de que el padre o madre biológico(a) del menor no haya convivido con el trabajador fallecido, se deberá presentar el Formato para Declaración Juramentada (Formato Comfamiliar de Nariño), en el que se acredite que los beneficiarios conviven y dependen económicamente del padre o madre biológico(a) sobreviviente.

NOTA: Después de transcurrido tres (3) meses de fallecimiento del trabajador o beneficiario, se deberá presentar oficio para la solicitud del pago de auxilio por muerte.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

PARA EMPRESAS:

a. Para reintegros inferiores a tres (3) meses, no es necesario presentar formulario de afiliación para continuar recibiendo los beneficios de ley, es responsabilidad de la empresa registrar la novedad de ingreso en el pago a través de la planilla única para que el trabajador se active automáticamente.

b. Si el trabajador desarrolla actividades propias del sector agropecuario debe certificarlo directamente la empresa, para el pago del 15% adicional en cuota monetaria.

c. Cuando un trabajador vaya a realizar un cambio de empresa y aún figure como activo en la Planilla PILA sin novedad de retiro, deberá anexar el certificado de retiro emitido por la empresa anterior.

PARA TRABAJADORES:

a. Los certificados de escolaridad deben presentarse en el momento de la afiliación o en el mes en que el menor cumple 12 años; y debe actualizarse al inicio de cada periodo escolar o semestre universitario, según Art. 28 de Ley 21 de 1982.

b. El afiliado debe presentar una Copia legible de todos los documentos soportes para la afiliación.

c. Para trabajadores, cónyuges o beneficiarios extranjeros el documento de identidad, siempre es la cedula de extranjería, para ciudadanos Venezolanos el documento válido para afiliación es el Permiso por Protección Temporal.

d. Si la fecha del registro civil de nacimiento es anterior al año 2005 o el NUIP es alfanumérico, presentar la tarjeta de identidad si el beneficiario es mayor de siete (7) años y la cedula de ciudadanía si el beneficiario es mayor de dieciocho (18) años.

e. Para la afiliación de Hijastros no se solicitará como requisito la custodia, ni certificado de EPS unificado, cuando solo exista reconocimiento de un Padre/Madre.

f. El artículo 6º de la Ley 21 de 1982, establece los términos perentorios de caducidad y prescripción respecto de las acciones correspondientes al Subsidio Familiar, así: “Las acciones correspondientes al Subsidio Familiar prescriben en los términos del Código Sustantivo del Trabajo. Sin embargo, el derecho a la cuota correspondiente a un mes determinado, caduca al vencimiento del mes subsiguiente, en relación con los trabajadores que no hayan aportado las pruebas del caso, cuando el respectivo empleador haya pagado oportunamente los aportes de ley por intermedio de una Caja de Compensación Familiar”. Por tanto, los dineros abonados a su tarjeta preferencial por concepto de cuota monetaria prescriben o se pierden en los términos del Código es decir tres (3) años, de ahí que se debe hacer uso de los recursos que se encuentra abonado en la tarjeta preferencial máximo hasta los tres (3) años.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]
B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual - Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente X B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ] [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
LIZCANO	GOMEZ	DIEGO	ARTURO
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
CC	1075274909	Femenino Masculino X	19 09 1993

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	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
POSITIVA	PORVENIR	1.423.500

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CRA 6 # 42 - 53		3332405236	SOLUCIONESPRACTICASPRO@GMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
NARIÑO	Urbana [X] Rural [ ]	IPIALES	IPIALES

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	(A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	[ ] N I T [ ] [ ]	901400169-0	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 11 43 52	3332405236	SOLUCIONESPRACTICASPRO@GMAIL.COM	TOLIMA	IBAGUE

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación 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		Fecha de Radicación	42. Fecha
☐☐☐☐☐☐☐☐		Femenino ☐	Masculino ☐		29 09 2025

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☐ 52. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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
DIEGO ARTURO LAZACO GOMEZ	Maria del Pilar Ozuna Mora

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad
  Cantidad | CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | **Total**
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- ☐ 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de 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 que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
☐☐ ☐☐		DD MM AAAA	DD MM AAAA

70. Datos 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:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO

Número de radicación: Número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o eléctrico. Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo(s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, Entidades o instituciones.

Se debe colocar una "X" en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen: Marque con una "X", según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado: Marque con una "X" la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

- Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

- Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

- Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante: Marque con una "X" la opción que corresponda:

- Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

- Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

- Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de Cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una "X", en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una "X", en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una "X" en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una "X", en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	**Certificado de Nacido Vivo,** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicio (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el Registro Civil.
RC	**Registro Civil de Nacimiento,** es el documento expedido por una notaría pública con que se identifican los menores de siete (7) años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	**Tarjeta de Identidad,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre siete (7) y diecisiete (17) años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	**Cédula de Ciudadanía,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir dieciocho (18) años de edad.
CE	**Cédula de Extranjería,** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a tres (3) meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	**Pasaporte,** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de siete (7) años.
CD	**Carné Diplomático,** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	**Salvoconducto de Permanencia,** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres (3) meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de Identidad.

10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales: Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena.
02	ROM (gitano).
03	Raizal (San Andrés y Providencia).
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X· la opción: T: Temporal, P: Permanente.

13. Puntaje SISBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF
08	Población Desmovilizada
09	Víctimas del Conflicto Armado
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena
18	Población Rrom.
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.
Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02,06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubique su residencia
- Departamento
- En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante. Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).
Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y Cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales. En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge.	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera (o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscriba como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Los menores de dieciocho (18) años en custodia	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad Competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentre en el 4° de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

32. Datos de residencia: Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

39. Ubicación:

- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.
El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.
Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad: Marque con una "X" la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
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
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 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
14	Traslado
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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual se debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o cabeza de familia.
- Registre los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o un afiliado adicional.
- Registrar en los espacios de numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de firmas.
- Seleccionar el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde conste las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios. Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS. Esta novedad solo aplica para el régimen contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple con alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

CÓDIGO	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición de terminación de la relación laboral se debe registrar los datos del capítulo V y estar por el empleador.
La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS. Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que origino la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.
Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales. Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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, según corresponda al tipo de beneficiario que esté excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 11: Movilidad.
También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 11: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 12: Traslado si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.
Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una "X" la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad. Esta novedad se reporta:
A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.
B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.
Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.
Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.
Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.
La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:
- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que Inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

CÓDIGO	MOTIVOS PARA EL TRASLADO
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.
Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicara el periodo de permanencia
Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento. Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante. Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como prepensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado. Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI, DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:
- **Novedad 1:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación;

- **Novedad 2:** Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;

- **Novedad 3:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y

- **Novedad 13:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:

- **Novedad 9:** Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;

- **Novedad 10:** Terminación de la relación laboral;

- **Novedad 11:** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;

- **Novedad 12:** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;

- **Novedad 15:** Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado: Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS
Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.
En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS
Marque con una "X" la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza.

56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial: Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisbén: El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:
- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

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 ARTURO LIZCANO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.274.909**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CER_AFI_2025000125352

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	901400169
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1075274909	**Nombres y apellidos**	DIEGO ARTURO LIZCANO GOMEZ
Fecha de afiliación	30/09/2025	**Estado de afiliación**	**Activa**
Fecha de inicio cobertura	30/09/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de septiembre del 2025.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC30092025N1075274909A178371.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

DR. GABRIEL MENESES
MEDICO GENERAL Y MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
NIT: 1.110.491.860-3

MZ. 8 CASA 52 URB CALATAYUD
2 61 23 44
316 225 7199 - 316 625 8211
USUARIO.9MEDISSAT12@GMAIL.CO

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL HISTORIAL MEDICO N. 635381075274909

EMPRESA CONTRATANTE: SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS



MOTIVO DE EVALUACION: INGRESO

FECHA:2025-09-20

NOMBRE: DIEGO ARTURO LIZCANOGOMEZ

DOCUMENTO N°: 1075274909

CARGO: OFICIAL DE OBRA

CIUDAD: IBAGUE

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

LABORATORIOS:
TIPO DE SANGRE:(O+)

EXAMEN DE INGRESO

ESTADO DEL PACIENTE: APTO

ANOTACION:APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS:SI

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARL:	OCUPACIONALES:	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
REMISION A EPS: NO APLICA REMISION A ARL: NO APLICA	HIGINE POSTURAL:SI UTILIZACIÓN DE EPP:SI	DIETA:SI EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM:SI

INCLUIR EL SVE:
VISUAL: SI / ERGONÓMICO:SI /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2346 DE 2007, MODIFICADO POR LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO POR PARTE DEL DR. GABRIEL MENESES, ACERCA DE LOS EXÁMENES QUE ME VAN A SER REALIZADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y/O OTROS SEGÚN CARGO Y PERFIL. COMPRENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN CONSECUENCIA DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN, AUTORIZO AL DR. GABRIEL MENESES A QUE PROCEDA CON LA REALIZACIÓN. AUTORIZO A QUE SE SUMINISTRE LA INFORMACIÓN NECESARIA A LA PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL O AQUELLAS PERSONAS SEGÚN LO COMPETE LA LEY O QUE YO AUTORICE POR ESCRITO PARA LA ENTREGA DE MIS REPORTES E HISTORIA CLÍNICA, TENIENDO EN CUENTA LA RESERVA DE HISTORIA CLÍNICA QUE ESTÁ CONTEMPLADO EN EL DECRETO 1995 DE 1999, ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO Y ASEGURO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA HISTORIA CLÍNICAS ES VERDADERA Y QUE NO HE OCULTADO INFORMACIÓN RELEVANTE PARA MI CONDICIÓN DE SALUD.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

1) SE RECOMIENDA INDUCCIÓN PARA EL CARGO, CAPACITACIÓN EN USO ADECUADO DE EPP Y EN AUTOCUIDADO, DEPENDIENDO DE LA EVALUACIÓN DE RIESGOS, QUE TENGA EN CUENTA LA NATURALEZA ESPECÍFICA DEL LUGAR DE TRABAJO Y LAS TAREAS EN CUESTIÓN
2) APLICAR NORMAS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y PARA MANIPULACIÓN DE CARGAS, APLICAR MEDIDAS DE PROTECCIÓN PASIVAS Y ACTIVAS CONTRA CAÍDAS PARA LOS FINES PERTINENTES. SIEMPRE TENIENDO EN CUENTA LAS CONDICIONES FÍSICAS INDIVIDUALES. EVITAR EL DESPLAZAMIENTO DE MATERIAL DE FORMA MANUAL: SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, SE REALIZARÁ MECÁNICAMENTE, SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL ENCARGADO DE SST DE LA OBRA O DE SU SUPERIOR INMEDIATO, TANTO EN LOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE LA EJECUCIÓN COMO DE LA SEGURIDAD.
3) REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO 20 MINUTOS 3 DÍAS DE LA SEMANA, CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL POR EPS, INICIAR CONTROL AMBULATORIO DE PYP POR EPS
4) INSPECCIONE ANTES, DURANTE Y DESPUÉS, LAS CONDICIONES DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS. ASIMISMO TOME LAS MEDIDAS NECESARIAS EN CASO DE HALLAR SEÑALES DE DESGASTE INUSUALES O QUE INDIQUEN EL FIN DE SU VIDA ÚTIL.

NOMBRE DEL MÉDICO:
GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON



FIRMA DEL TRABAJADOR



REGISTRO DEL PROFESIONAL:RM 1110491860- RES. N° 73483 DE ABRIL DE 2018

DOCUMENTO N°: 1075274909

IMPRESO CON MEDIOCSOFT SOFTWARE DE SALUD OCUPACIONAL ©

Bogotá D.C., octubre 28 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que DIEGO ARTURO LIZCANO GOMEZ , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1075274909, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CONSEJO DE SEGURIDAD EN TAREAS DE ALTO RIESGO
ENTRENADOR: JONATHAN SARMIENTO RODRIGUEZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: CONSEJO DE SEGURIDAD EN TAREAS DE ALTO RIESGO - SEDE IBAGUE
EMPLEADOR: SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: POSITIVA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 15/11/2024 a 18/11/2024
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día octubre 28 de 2025

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

DIEGO ARTURO LIZCANO GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1075274909

TSA - 6519

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 09 octubre 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 09 octubre 2025

EMPRESA: SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
REP. OZUNA MORA MARIA DEL PILAR
NIT: 901400169
ARL: POSITIVA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
ENTRENADOR TSA
RES. No.220 - 2015

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS
901400169-0
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) .

FORMATO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL - EPP

CONTRATO: BGA-035-2025

SEDE: Sedes Judiciales De La Belleza, Sucre Y Coromoro (Santander)

FECHA DE ENTREGA:	NRO. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APLELLIDOS	CARGO	EPP: EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL(Marcar X)				FIRMA DE RECIBIDO
				GUANTES NITRILO	CAMISA EN JEAN MANGA LARGA	GAFAS	CASCO AMARILLO	
29/08//2025	1.075 274 909	DIEGO ARTURO LIZCANO GOMEZ	OFICIAL DE OBRA	X	X	X	X	
29/08/2025	6403681	YEREMII JESUS CASTILLO RONDON	OFICIAL DE OBRA	X	X	X	X	
29/08//2026	1.095.921.037	JUAN CAMILO CORZO DIAZ	IG RESIDENTE DE OBR	X	X	X	X	
29/08/2025	78.714.948	JUAN CARLOS SUAREZ IGLESIAS	ELECTRICO	X	X	X	X	

DATOS DE QUIEN ENTREGA		
	Nombres y apellidos	ERIKA PAOLA OLIVEROS ORTEGA
	Cargo:	RESIDENTE SST
	Firma:	Erika Paola O

DECLARO HABER RECIBIDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL AQUI SEÑALADOS, ASI COMO LAS INSTRUCCIONES PARA SU CORRECTO USO Y ACEPTO EL COMPROMISO QUE SE SOLICITA DE:

a. Utilizar el EPP durante la jornada de trabajo laboral.
b. Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, cuidando de su perfecto estado y conservación.
c. Solicitar un nuevo EPP en caso de pérdida o deterioro del mismo.

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901400169	0	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 11 # 43-53	IBAGUE-TOLIMA	3156394991	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1873461852	9492564520	E	2025/10/16	2025/10/23	BANCOLOMBIA	7	$892,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$3,623,500	$579,800			$3,623,500	$145,000			$3,623,500	$145,000			$3,623,500		$19,000		$	$		$888,800
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (2 Afiliados)						$3,623,500	$579,800			$3,623,500	$145,000			$3,623,500	$145,000			$3,623,500		$19,000		$	$		$888,800
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (2 Afiliados)						$3,623,500	$579,800			$3,623,500	$145,000			$3,623,500	$145,000			$3,623,500		$19,000		$	$		$888,800
1	CC	78714948	SUAREZ JUAN	230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC62	30	$1,423,500	$57,000	CCF50	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$	$	Si	$349,300
2	CC	1090481695	OLIVEROS ERIKA	231001	30	$2,200,000	$352,000	EPS005	30	$2,200,000	$88,000	CCF50	30	$2,200,000	$88,000	14-23	30	$2,200,000	0.522%	$11,500	30	$	$	Si	$539,500
Total		**Afiliados(2)**				$3,623,500	$579,800			$3,623,500	$145,000			$3,623,500	$145,000			$3,623,500		$19,000		$	$0		$888,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901400169	0	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 11 # 43-53	IBAGUE-TOLIMA	3156394991	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1873461852	9492564520	E	2025/10/16	2025/10/23	BANCOLOMBIA	7	$892,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$579,800	$2,600	$0	$582,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$352,000	$1,600	$0	$353,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,000	$0	$228,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$19,000	$100	$0	$19,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$19,000	$100	$0	$19,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$145,000	$700	$0	$145,700
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	2	$145,000	$700	$0	$145,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$145,000	$700	$0	$145,700
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	1	$57,000	$300	$0	$57,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$88,000	$400	$0	$88,400
TOTAL				**2**	**$888,800**	**$4,100**	**$0**	**$892,900**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901400169	0	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 11 # 43-53	IBAGUE-TOLIMA	3156394991	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1873473798	9493723327	E	2025/10/16	2025/10/23	BANCOLOMBIA	7	$3,516,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: BOGOTA (2 Afiliados)																							$759,200	$121,600			$759,200	$30,400			$759,200	$30,400			$759,200		$53,000		$0	$0		$235,400
Centro de Trabajo: BOGOTA (2 Afiliados)																							$759,200	$121,600			$759,200	$30,400			$759,200	$30,400			$759,200		$53,000		$0	$0		$235,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																							$759,200	$121,600			$759,200	$30,400			$759,200	$30,400			$759,200		$53,000		$0	$0		$235,400
1	CC	12133972	BUITRAGO LUIS	X																	23030 1	8	$379,600	$60,800	EPS008	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
2	CC	79632290	MELO LUIS	X																	23030 1	8	$379,600	$60,800	EPS037	8	$379,600	$15,200	CCF24	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VALLEDUPAR (1 Afiliados)																							$47,450	$7,600			$47,450	$1,900			$47,450	$1,900			$47,450		$3,400		$0	$0		$14,800
Centro de Trabajo: VALLEDUPAR (1 Afiliados)																							$47,450	$7,600			$47,450	$1,900			$47,450	$1,900			$47,450		$3,400		$0	$0		$14,800
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)																							$47,450	$7,600			$47,450	$1,900			$47,450	$1,900			$47,450		$3,400		$0	$0		$14,800
3	CC	1075274909	LIZCANO DIEGO	X																	23030 1	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF15	1	$47,450	$1,900	14-23	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PITALITO HUILA (7 Afiliados)																							$4,839,900	$774,800			$4,839,900	$193,800			$4,839,900	$193,800			$4,839,900		$337,300		$0	$0		$1,499,700
Centro de Trabajo: PITALITO (7 Afiliados)																							$4,839,900	$774,800			$4,839,900	$193,800			$4,839,900	$193,800			$4,839,900		$337,300		$0	$0		$1,499,700
Ciudad: PITALITO Depto: HUILA (7 Afiliados)																							$4,839,900	$774,800			$4,839,900	$193,800			$4,839,900	$193,800			$4,839,900		$337,300		$0	$0		$1,499,700
4	CC	1075223296	AGUILAR CRISTIAN	X																	23030 1	7	$332,150	$53,200	EPS005	7	$332,150	$13,300	CCF32	7	$332,150	$13,300	14-23	7	$332,150	6.960%	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
5	CC	1003804487	ALBINO GENTIL	X																	23020 1	22	$1,043,900	$167,100	EPS041	22	$1,043,900	$41,800	CCF32	22	$1,043,900	$41,800	14-23	22	$1,043,900	6.960%	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
6	CC	1075247904	AVILES MAYCOL	X																	23030 1	15	$711,750	$113,900	EPS037	15	$711,750	$28,500	CCF32	15	$711,750	$28,500	14-23	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
7	CC	1075240028	ESPINOSA ESNEYDER	X																	23030 1	7	$332,150	$53,200	EPS037	7	$332,150	$13,300	CCF32	7	$332,150	$13,300	14-23	7	$332,150	6.960%	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
8	CC	1075222505	GUZMAN EDWIN	X																	23100 1	22	$1,043,900	$167,100	EPS005	22	$1,043,900	$41,800	CCF32	22	$1,043,900	$41,800	14-23	22	$1,043,900	6.960%	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
9	CC	1075265554	MEDINA WILLINGTON	X																	23030 1	7	$332,150	$53,200	EPS037	7	$332,150	$13,300	CCF32	7	$332,150	$13,300	14-23	7	$332,150	6.960%	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
10	CC	1075283851	RAMOS ANDERSON	X																	23020 1	22	$1,043,900	$167,100	EPS037	22	$1,043,900	$41,800	CCF32	22	$1,043,900	$41,800	14-23	22	$1,043,900	6.960%	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: IPIALES (10 Afiliados)																							$2,799,550	$448,400			$2,799,550	$112,100			$2,799,550	$112,100			$2,799,550		$195,700		$0	$0		$868,300

Centro de Trabajo: IPIALES (10 Afiliados)																					$2,799,550	$448,400			$2,799,550	$112,100			$2,799,550	$112,100			$2,799,550		$195,700		$0	$0		$868,300
Ciudad: IPIALES Depto: NARIÑO (10 Afiliados)																					$2,799,550	$448,400			$2,799,550	$112,100			$2,799,550	$112,100			$2,799,550		$195,700		$0	$0		$868,300
11	CC 7730339	BERNAL LEONARDO	X																	231001	8	$379,600	$60,800	EPS037	8	$379,600	$15,200	CCF35	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
12	CC 7726603	BUITRAGO CARLOS	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS037	8	$379,600	$15,200	CCF35	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
13	PT 6723624	ESCORCIA JOSE	X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF35	1	$47,450	$1,900	14-23	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
14	CC 1192724468	NOVOA GERMAN	X																	230201	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF35	1	$47,450	$1,900	14-23	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
15	CC 7714207	PEÑA DANIEL	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS017	8	$379,600	$15,200	CCF35	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
16	CC 93373692	RUIZ MARTIN	X																	230201	8	$379,600	$60,800	EPS002	8	$379,600	$15,200	CCF35	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
17	CC 1075299396	SANCHEZ GUSTAVO	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS017	8	$379,600	$15,200	CCF35	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
18	CC 1000952322	TOVAR JUAN	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS017	8	$379,600	$15,200	CCF35	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
19	CC 1003814890	VILLALOBOS GABRIEL	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS017	8	$379,600	$15,200	CCF35	8	$379,600	$15,200	14-23	8	$379,600	6.960%	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
20	CC 12131298	VILLALOBOS GABRIEL	X																	25-14	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF35	1	$47,450	$1,900	14-23	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: SANTANDER (3 Afiliados)																						$2,847,000	$455,700			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$198,300		$0	$0		$882,000
Centro de Trabajo: SANTANDER (3 Afiliados)																						$2,847,000	$455,700			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$198,300		$0	$0		$882,000
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (3 Afiliados)																						$2,847,000	$455,700			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000		$198,300		$0	$0		$882,000
21	CC 7721919	BENITEZ JOHN	X																	230301	20	$949,000	$151,900	EPS005	20	$949,000	$38,000	CCF40	20	$949,000	$38,000	14-23	20	$949,000	6.960%	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
22	PT 6403681	CASTILLO YEREMI	X																	25-14	20	$949,000	$151,900	EPS005	20	$949,000	$38,000	CCF40	20	$949,000	$38,000	14-23	20	$949,000	6.960%	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
23	CC 1095921037	CORZO JUAN	X																	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF40	20	$949,000	$38,000	14-23	20	$949,000	6.960%	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
Total Afiliados(23)																						$11,293,100	$1,808,100			$11,293,100	$452,200			$11,293,100	$452,200			$11,293,100		$787,700		$0	$0		$3,500,200

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901400169	0	SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 11 # 43-53	IBAGUE-TOLIMA	3156394991	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1873473798	9493723327	E	2025/10/16	2025/10/23	BANCOLOMBIA	7	$3,516,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				23	$1,808,100	$8,000	$0	$1,816,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$227,900	$1,000	$0	$228,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$167,100	$800	$0	$167,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	14	$1,010,500	$4,400	$0	$1,014,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$402,600	$1,800	$0	$404,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				23	$787,700	$3,400	$0	$791,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	23	$787,700	$3,400	$0	$791,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 5)				23	$452,200	$2,200	$0	$454,400
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	1	$1,900	$100	$0	$2,000
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	7	$193,800	$900	$0	$194,700
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	10	$112,100	$500	$0	$112,600
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	3	$114,000	$500	$0	$114,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$30,400	$200	$0	$30,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				23	$452,200	$2,200	$0	$454,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$15,200	$100	$0	$15,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$62,700	$300	$0	$63,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	9	$146,300	$700	$0	$147,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$41,800	$200	$0	$42,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$53,200	$300	$0	$53,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$133,000	$600	$0	$133,600
TOTAL				23	$3,500,200	$15,800	$0	$3,516,000

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

Se llevaron a cabo charlas de concientización dirigidas a la población trabajadora, con el objetivo de educar y sensibilizar sobre los peligros existentes en el área de trabajo. Los resultados obtenidos muestran un incremento en la comprensión y conocimiento sobre los temas de las charlas por parte de los participantes de capacitaciones, se han venido realizando aquellas que se consideran de mayor importancia, así mismo, se han ejecutado en espacios oportunos dentro de la jornada laboral

TEMAS				FIRMA
TEMA	**FECHA**	**REALIZADA**	**RESPONSABLE**	
importancia de los EPP	29 de agosto 2025	si	ERIKA PAOLA OLIVEROS	Erika Paola.
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Paola
Beneficios de las pausas activas	30 de agosto 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Paola.
Identificación de peligros	1 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Paola

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

Valoracion de riesgos	2 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego A+
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesús C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola

Accidente de trabajo	3 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego. A+.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesús C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola.

Enfermedad laboral	4 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego A+
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesús C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola

Resaltar la importancia de pausas activas	5 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo.
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego A+
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesús C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola

orden y aseo en el trabajo	6 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo.
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesús C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIka Pada

Higiene personal — 8 de septiembre 2025

NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Carlos S.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Jesús C.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIka Paola

Autocuidado — 9 de septiembre 2025

NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesús C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIka Pada
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIka Pada

Hoja de datos de seguridad — 10 de septiembre 2025

NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesús C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIka Pada

código de colores — 11 de septiembre 2025

NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKa Paola
Trabajo en alturas y uso correcto de elementos de protección contra caídas EPCC	12 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo.
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKa Paola
Investigación de accidente de trabajo	13 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKa Paola
Incidente de trabajo	15 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo.
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKa Paola
Manipulación de cargas	16 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo.
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola
Factorres humanos que causan accidentes	17 de septiembre 2025	si	ERIKA PAOLA OLIVEROS	ERIKA Paola
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola
Prevencion de caidas en el trabajo	18 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola
Recordar temas de seguridad y salud en el trabajo	19 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola
Riesgo fisico	20 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

Ergonomia en el trabajo	22 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo.
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Paola
Seguridad con herramientas	23 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Pada
Importancia de los EPP	24 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego A.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Pada.
Organización en el trabajo	25 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Paola
Seguridad con herramientas de mano	26 de septiembre 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo.
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Paola
Peligros y riesgos en obra	27 de septiembre 2025	si	ERIKA PAOLA OLIVEROS	
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego At
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika Paola

MARIA DEL PILAR OZUNA MORA
CC38262232.
Representante Legal SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

plan de capacitaciones, se han venido realizando aquellas que se consideran de mayor importancia, así mismo, se han ejecutado en espacios oportunos dentro de la jornada laboral.

TEMAS				FIRMA
TEMA	**FECHA**	**REALIZADA**	**RESPONSABLE**	
Riesgos y peligros de acuerdo a las actividades a ejecutar	1 de septiembre de 2025	si	ERIKA PAOLA OLIVEROS	Erika Paola
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika P..
Atención y manejo de emergencias	8 de septiembre de 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA Paola.
Reporte de incidentes y accidentes de trabajo	15 de septiembre de 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus C.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S.
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	ERIKA P.
Procedimiento de trabajo seguro	22 de septiembre de 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA

Scanned with CamScanner

SOLUCIONES PRÁCTICAS CIVILES
NIT:901400169

JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego.
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S-
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika P.
Planes de rescate	25 de septiembre de 2025			
NOMBRE	CEDULA	ASISTIO	CARGO	FIRMA
JUAN CAMILO CORZO DIAZ	1095921037	SI	RESIDENTE DE OBRA	Juan Camilo.
DIEGO ARTURO LIZCANO	1075274909	SI	MAESTRO DE OBRA	Diego
YEREMI JESUS CASTILLO RONDON	6403681	SI	OFICIAL DE OBRA	Jesus T.
JUAN CARLOS SUAREZ	78714948	SI	ELECTRICO	Carlos S
ERIKA PAOLA OLIVEROS	1090481695	SI	RESIDENTE SST	Erika P.

MARIA DEL PILAR OZUNA MORA
CC38262232.
Representante Legal SOLUCIONES PRACTICAS CIVILES SAS

Scanned with CamScanner

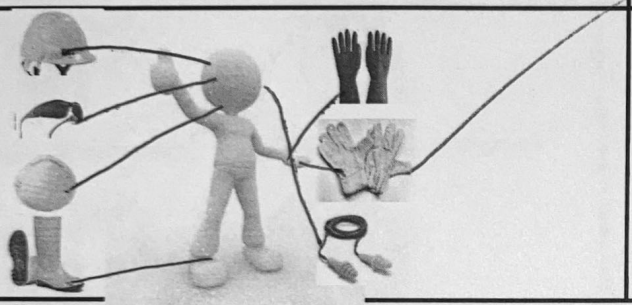
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version : 3
		F-SST-04
	Evaluacion de Induccion y/o Re Induccion	Fecha: 5-2024

Nombres y Apellidos	Juan Camilo C.	Nº de cedula	1095921037
Proyecto	BGA-035-2025	Cargo	Residente de obra
Dirigido por	ERIKA PATRICIA OLIVEROS	Calificacion	5

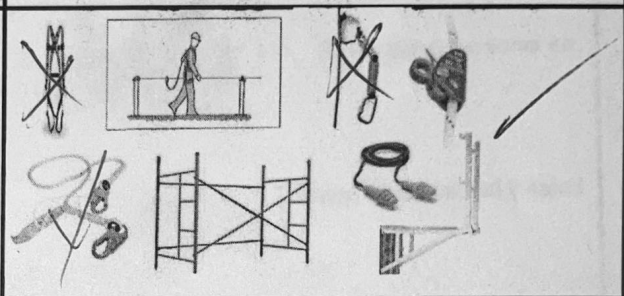
1. Señale con una "x" cuales de las siguientes imágenes corresponden a los elementos de protección personal que son necesarios para su labor:



2. Señale con una linea la parte del cuerpo en donde debe ir cada Elemento de Proteccion Personal.

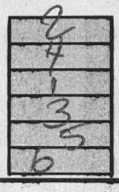


3. Encierre en un circulo los elementos de proteccion contra caidas



4. Enumere los pasos por orden para realizar trabajo en alturas

1. Colocarse los elementos de proteccion contra caidas
2. Firmar el permiso de trabajo en alturas
3. Identificar e inspeccionar puntos de anclaje
4. Inspeccionar equipo de proteccion contra caidas
5. Inspeccionar el sistema de acceso
6. Anclarse



5. Marque con una "x" los peligros que presenta en la obra y una con una linea el epp con el que puede minimizar el riesgo



Proyeccion de particulas

Exposicion de ruido

Condicion de orden y aseo

Caida de objetos

Caida de diferente nivel

Manipulacion de Herramientas y cargas



Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version : 2
		F-SST-04
	Evaluacion de Induccion y/o Re Induccion	Fecha: 12-2021

RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR

6. Marque con una "x" las responsabilidades a nivel de seguridad industrial que le competen al trabajador



Utilizar los EPP



Asistir a los examen medico



Reporte de accidentes



Diligenciar permiso de trabajo



Asistir a capacitaciones



Traer armas

RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA

7. Marque con una "x" las responsabilidades a nivel de seguridad industrial que le competen a la empresa



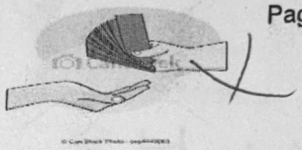
Entrega de EPP



Garantizar la seguridad



Capacitar al personal en SST



Pago de seguridad y salud



9. Relacione con una linea las canecas donde deben ir los residuos enunciados :



Envoltura de papas

Papel de archivo

residuos de covid-19

Elementos de proteccion personal

Botellas plasticas de ga

Servilletas utilizadas

Trapos con acpm

Cajas de carton

10. Marque con una "x" la respuesta correcta.

Como contribuyo a la proteccion del medio Ambiente	Como contribuyo al cumplimiento de la Politica SST	Funciones del COPASST
correcta separacion residuos	Actulizacion y cumplimiento de normas de procedimiento de seguridad	Colaborar con el analisis de condiciones inseguras
Ahorrando energia	Notificacion de condiciones inseguras	Proponer acciones correctivas
Separando residuos pel	Utilizando los EPP	Inspecion de herramientas
Reciclando	Asignacion de recursos financieros	Vigilar rendimiento

Firma del Colaborado Juan Camilo C

FIRMA CAPACITADOR Elizabeth

Fecha de finalizacion 01/09/2025

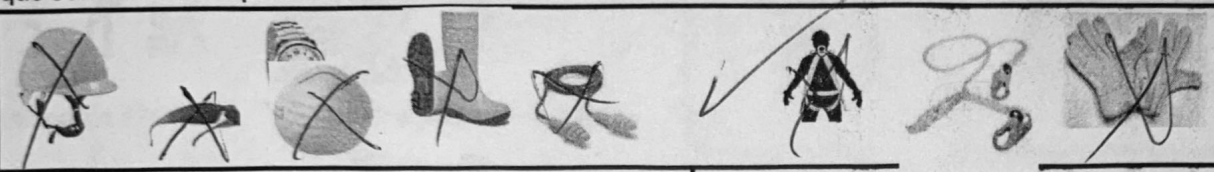
Nota: La evaluacion comprende 10 preguntas, realice la siguiente formula : numero de preguntas con respuesta correcta / numero total de preguntas *100= si la calificacion es igual o mayor de 75 se entendera como aprobado, de no aprobarla se debe realizar retroalimentacion y evaluacion nuevamente.

Scanned with CamScanner

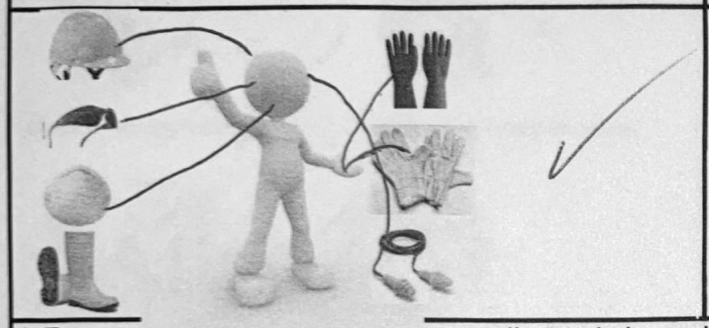
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version : 3
		F-SST-04
	Evaluacion de Induccion y/o Re Induccion	Fecha: 5-2024

Nombres y Apellidos	Diego Arturo Linares	Nº de cedula	1075274909
Proyecto	BGA-035-2025	Cargo	Maestro de obra
Dirigido por	ERIKA PATRICIA OLIVEROS	Calificacion	5

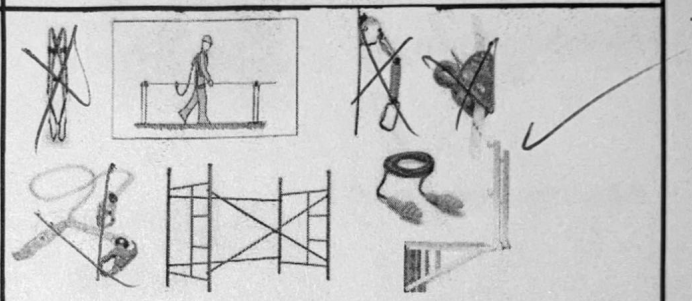
1. Señale con una "x" cuales de las siguientes imágenes corresponden a los elementos de protección personal que son necesarios para su labor:



2. Señale con una linea la parte del cuerpo en donde debe ir cada Elemento de Proteccion Personal.



3. Encierre en un circulo los elementos de proteccion contra caidas



4. Enumere los pasos por orden para realizar trabajo en alturas

1. Colocarse los elementos de proteccion contra caidas
2. Firmar el permiso de trabajo en alturas
3. Identificar e inspeccionar puntos de anclaje
4. Inspeccionar equipo de proteccion contra caidas
5. Inspeccionar el sistema de acceso
6. Anclarse

2
4
1
3
5
6

5. Marque con una "x" los peligros que presenta en la obra y una con una linea el epp con el que puede minimizar el riesgo



Proyeccion de particulas



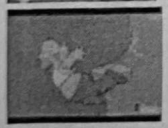
Exposicion de ruido



Condicion de orden y aseo



Caida de objetos



Caida de diferente nivel



Manipulacion de Herramientas y cargas



Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version : 2
		F-SST-04
	Evaluacion de Induccion y/o Re Induccion	Fecha: 12-2021

RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR

6. Marque con una "x" las responsabilidades a nivel de seguridad industrial que le competen al trabajador



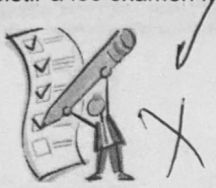
Utilizar los EPP



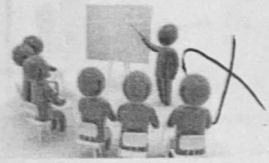
Asistir a los examen medico



Reporte de accidentes



Diligenciar permiso de trabajo



Asistir a capacitaciones



Traer armas

RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA

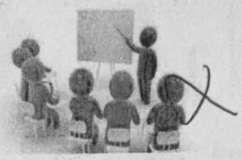
7. Marque con una "x" las responsabilidades a nivel de seguridad industrial que le competen a la empresa



Entrega de EPP



Garantizar la seguridad



Capacitar al personal en SST



Pago de seguridad y salud



9. Relacione con una linea las canecas donde deben ir los residuos enunciados ;



Envoltura de papas

Papel de archivo

residuos de covid-19

Elementos de proteccion personal

Botellas plasticas de ga

Servilletas utilizadas

Trapos con acpm

Cajas de carton

10. Marque con una "x" la respuesta correcta.

Como contribuyo a la proteccion del medio Ambiente	Como contribuyo al cumplimiento de la Politica SST	Funciones del COPASST
correcta separacion residuos X	Actulizacion y cumplimiento de normas de procedimiento de seguridad	Colaborar con el analisis de condiciones inseguras X
Ahorrando energia X	Notificacion de condiciones inseguras X	Proponer acciones correctivas X
Separando residuos pel X	Utilizando los EPP X	Inspecion de herramientas
Reciclando X	Asignacion de recursos financieros	Vigilar rendimiento

Firma del Colaborado Diego Alfonso FIRMA CAPACITADOR ERIKA PAOLA

Fecha de finalizacion 01/09/2021

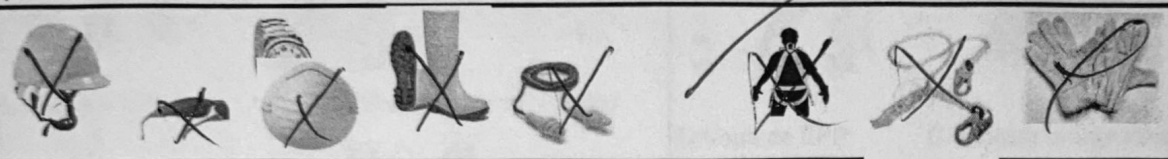
Nota: La evaluacion comprende 10 preguntas, realice la siguiente formula : numero de preguntas con respuesta correcta / numero total de preguntas *100= si la calificacion es igual o mayor de 75 se entendera como aprobado, de

Scanned with CamScanner

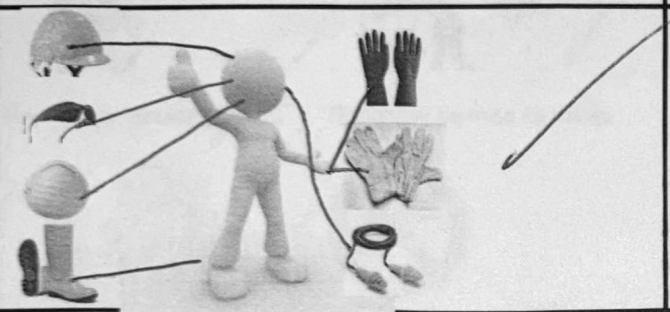
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version : 3
		F-SST-04
	Evaluacion de Induccion y/o Re Induccion	Fecha: 5-2024

Nombres y Apellidos	Juan Carlos Laguna Lopez	Nº de cedula	98.714.948
Proyecto	BGA-035-2025	Cargo	Electricista
Dirigido por	ERIKA PATRICIA OLIVEROS	Calificacion	5

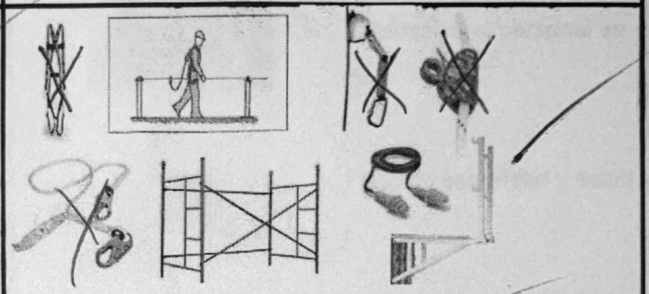
1. Señale con una "x" cuales de las siguientes imágenes corresponden a los elementos de protección personal que son necesarios para su labor:



2. Señale con una linea la parte del cuerpo en donde debe ir cada Elemento de Proteccion Personal.

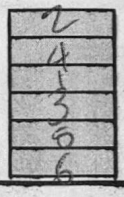


3. Encierre en un circulo los elementos de proteccion contra caidas



4. Enumere los pasos por orden para realizar trabajo en alturas

1. Colocarse los elementos de proteccion contra caidas
2. Firmar el permiso de trabajo en alturas
3. Identificar e inspeccionar puntos de anclaje
4. Inspeccionar equipo de proteccion contra caidas
5. Inspeccionar el sistema de acceso
6. Anclarse



5. Marque con una "x" los peligros que presenta en la obra y una con una linea el epp con el que puede minimizar el riesgo



Proyeccion de particulas

Exposicion de ruido

Condicion de orden y aseo

Caida de objetos

Caida de diferente nivel

Manipulacion de Herramientas y cargas



Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version : 2
		F-SST-04
	Evaluacion de Induccion y/o Re Induccion	Fecha: 12-2021

RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR

6. Marque con una "x" las responsabilidades a nivel de seguridad industrial que le competen al trabajador



Utilizar los EPP



Asistir a los examen medico



Reporte de accidentes



Diligenciar permiso de trabajo



Asistir a capacitaciones



Traer armas

RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA

7. Marque con una "x" las responsabilidades a nivel de seguridad industrial que le competen a la empresa



Entrega de EPP



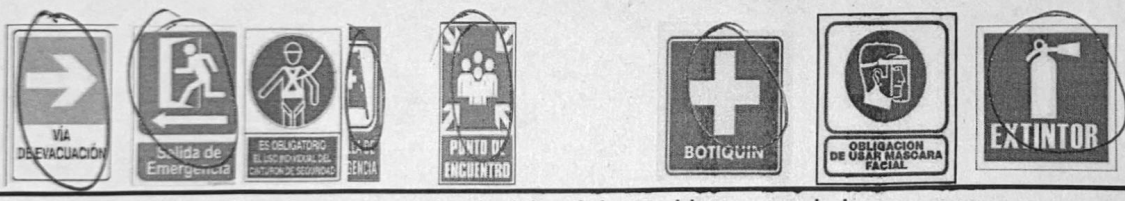
Garantizar la seguridad



Capacitar al personal en SST



Pago de seguridad y salud



9. Relacione con una linea las canecas donde deben ir los residuos enunciados :



Envoltura de papas — Papel de archivo — residuos de covid-19 — Elementos de proteccion personal

Botellas plasticas de ga — Servilletas utilizadas — Trapos con acpm — Cajas de carton

10. Marque con una "x" la respuesta correcta.

Como contribuyo a la proteccion del medio Ambiente	Como contribuyo al cumplimiento de la Politica SST	Funciones del COPASST
correcta separacion residuos X	Actulizacion y cumplimiento de normas de procedimiento de seguridad	Colaborar con el analisis de condiciones inseguras X
Ahorrando energia X	Notificacion de condiciones inseguras X	Proponer acciones correctivas X
Separando residuos del X	Utilizando los EPP X	Inspecion de herramientas
Reciclando X	Asignacion de recursos financieros	Vigilar rendimiento

Firma del Colaborado Juan Carlos Iglesias FIRMA CAPACITADOR ERIKA Pada

Fecha de finalizacion 01/09/2025

Nota: La evaluacion comprende 10 preguntas, realice la siguiente formula : numero de preguntas con respuesta correcta / numero total de preguntas *100= si la calificacion es igual o mayor de 75 se entendera como aprobado, de no aprobarla se debe realizar retroalimentacion y evaluacion nuevamente.

Scanned with CamScanner

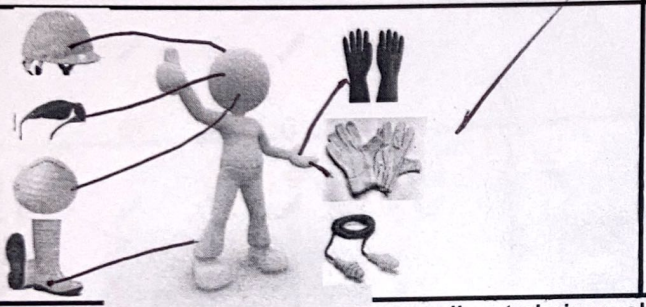
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version : 3
		F-SST-04
	Evaluacion de Induccion y/o Re Induccion	Fecha: 5-2024

Nombres y Apellidos	Jeremi Jesus Castillo	Nº de cedula	TP. 6403681
Proyecto	BGA-035-2025	Cargo	Oficial de obra
Dirigido por	ERIKA PATRICIA OLIVEROS	Calificacion	5

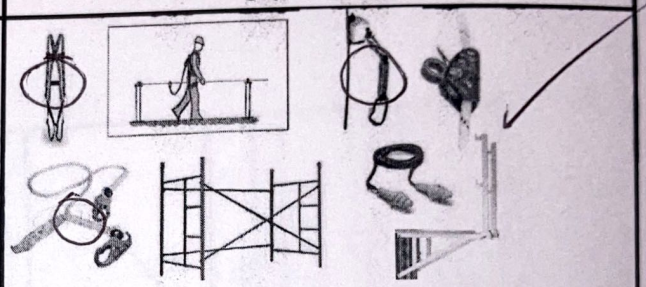
1. Señale con una "x" cuales de las siguientes imágenes corresponden a los elementos de protección personal que son necesarios para su labor:



2. Señale con una linea la parte del cuerpo en donde debe ir cada Elemento de Proteccion Personal.



3. Enclerre en un circulo los elementos de proteccion contra caidas



4. Enumere los pasos por orden para realizar trabajo en alturas

1. Colocarse los elementos de proteccion contra caidas
2. Firmar el permiso de trabajo en alturas
3. Identificar e inspeccionar puntos de anclaje
4. Inspeccionar equipo de proteccion contra caidas
5. Inspeccionar el sistema de acceso
6. Anclarse

2
4
1
3
5
6

5. Marque con una "x" los peligros que presenta en la obra y una con una linea el epp con el que puede minimizar el riesgo



Proyeccion de particulas



Exposicion de ruido



Condicion de orden y aseo



Caida de objetos



Caida de diferente nivel



Manipulacion de Herramientas y cargas













Scanned with CamScanner

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

VERSION 06 | F-SST-14 | 29/05/2025

1.DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA

Ciudad: Bucaramanga | Fecha de inicio: 29/05/2025 | Hora de inicio: 8:00 am

Vigencia del permiso,cuantos días (máximo una semana): 5 días

Obra: Inst Cubiertas | Área: Juzgado Coromoro Ybellcza | Ubicación: Piso 10 Coromoro Ybellcza | Tarea rutinaria: SI / NO: NO

Tipo de trabajo a Realizar:

Tipo de sistema a utilizar:	Posicionamiento	X	Restricción		Detención contra caídas	X	Otro?

Altura aproximada a la cual se va a realizar la actividad: (mts) 20

Describa brevemente la tarea a ejecutar y el sistema de acceso a utilizar (Recuerde adjuntar a este permiso de trabajo el Análisis de trabajo seguro).

instalacion de cubiertas

Se presentan tareas críticas combinadas durante el desarrollo de la labor:	Eléctricos		Trabajos en Caliente		Energías peligrosas		Espacios confinados		¿ Se cuenta con permiso de trabajo para esta labor? (Si /No)	Si

2. TRABAJADORES AUTORIZADOS PARA LA ACTIVIDAD

Observaciones:SE ANEXA EL FORMATO DE LA LISTA DE LOS TRABAJADORES A EJECUTAR LA ACTIVIDAD,SE FIRMA DIARIO.

3. VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD

Observaciones:SE ANEXA EL FORMATO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LAS CONDICIONES DE SALUD,SE VERIFICA DIARIO A CADA TRABAJADOR, ENLISTADO EN EL FORMATO DE TRABAJADORES AUTORIZADOS.

4. HERRAMIENTAS A USAR (Marque con una x)

Uso de Herramientas :	SI/NO	Punzantes	SI/NO	Cortantes	SI/NO	Contundentes Si	SI/NO	Estan aptas para el uso	SI/NO Si

Nombre de herramientas a utilizar: Pata de tejado1 Palanca de 3 Puntas

5.CONTROLES

5.1 MEDIDAS DE PREVENCION CONTRA CAIDAS REQUERIDOS PARA LA TAREA (Marque C (Cumple) NC (No Cumple) o NA (No aplica))

Días de la semana	L	M	MI	J	V	S	D	Días de la semana	L	M	MI	J	V	S	D	Otros, cuales ?
Análisis de peligro (ATS)	X	X	X	X	X	X		Barandas	X	X	X	X	X			
Capacitación	X	X	X	X	X	X		Control de acceso	X	X	X	X	X			
Sistemas de ingeniería								Manejo de desniveles	X	X	X	X	X			
Delimitación de área	X	X	X	X	X	X		Control en superficies con huecos o aberturas	X	X	X	X	X			
Línea de advertencia	X	X	X	X	X	X		Ayudante de seguridad	X	X	X	X	X			
Señalización del área	X	X	X	X	X	X		Se cuenta con Plan de Rescate	X	X	X	X	X			

5.2 EQUIPO DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS REQUERIDOS PARA LA TAREA (Marque C (Cumple) NC (No Cumple) o NA (No aplica)

Días de la semana	L	M	MI	J	V	S	D	Días de la semana	L	M	MI	J	V	S	D	Otros, cuales ?
Línea de vida vertical: en cable de acero diámetro nominal (5/16" (7,9 mm) a 3/8" (9,5 mm)	X	X	X	X	X			Arnés: Las hebillas, argollas, reatas y costuras libres de cortaduras, uniones, fracturas, desgastes y abrasión.	X	X	X	X	X	X		
Línea de vida vertical de cuerda entre 11 mm y 16 mm.	X	X	X	X	X			Mecanismo de anclaje: argollas libres de fisuras, abolladuras, fracturas, y reata sin rasgaduras o descocidas. (tie off).	X	X	X	X	X	X		
Línea de vida horizontal fija en cable acero, portátil con absorbedor compatible.	X	X	X					Mosquetones: libres de fracturas, fisuras y con cierre automático funcionando.	X	X	X	X	X	X		
Línea de vida horizontal de cuerda entre 11 mm y 16 mm.	X		X	X	X			Ascendedor: Mecanismo en perfecto estado y funcionamiento.	X	X	X	X	X	X		
La línea de vida y de trabajo protegidas contra bordes o elementos filosos con guardacabos, libres de cortaduras, uniones, nudos, desgastes y abrasión.	X			X				Descendedor: Mecanismo en perfecto estado y funcionamiento.	X	X	X	X	X	X		
Líneas de vida aseguradas a punto de anclaje diferente al de otros equipos (andamios, otros sistemas de protección)	X	X		X	X			Freno: Mecanismo en perfecto estado y funcionamiento.	X	X	X	X	X	X		
Líneas de vida certificadas para rescate en buen estado.	X							Poleas: Mecanismo en perfecto estado y funcionamiento.	X		X		X			
La eslinga: Con guardacabo, sin cortaduras destrenzada o deshilachada y/o evidencia de que ha sido activada; ganchos libres de fisuras, fracturas y doble seguro funcionando.	X		X		X			Silla de suspensión: material sin fracturas y reatas sin rasgaduras o descocidas.	X	X	X	X	X	X		
La eslinga absorbedor de impacto: Con guardacabo, sin cortaduras destrenzada o deshilachada y/o evidencia de que ha sido activada; ganchos libres de fisuras, fracturas y doble seguro funcionando.	X		X		X			Verificar puntos de anclaje (por cada trabajador)		X		X	X			

5.3 ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL NECESARIOS PARA LA ACTIVIDAD (Marque C (Cumple) NC (No Cumple) o NA (No aplica)

Días de la semana	L	M	MI	J	V	S	D	Días de la semana	L	M	MI	J	V	S	D	Otros, cuales ?
Casco con barbiquejo de 3	X	X	X	X	X			Protección auditiva			X		X	X		
Botas de seguridad	X	X	X	X	X			Careta de soldador								
Gafas de seguridad	X	X	X	X	X			Protección respirator	X	X	X	X	X			
Guantes de vaqueta	X	X	X	X	X			Chaleco reflectivo	X	X	X	X	X	X		
Guantes de carnaza	X	X	X	X	X			Ropa de trabajo (overol)	X	X	X	X	X	X		
Guantes dieléctricos	X	X	X	X	X			Peto de carnaza	X		X		X			
Guantes ,Tipo Hycron	X	X	X	X	X			Impermeable		X			X			
Guantes caucho	X	X	X	X	X			Protección facial	X	X	X	X	X	X		

5.4 SISTEMAS DE ACCESO, EQUIPOS Y ELEMENTOS DE SEGURIDAD REQUERIDOS PARA LA TAREA (Marque C (Cumple) NC (No Cumple) o NA (No aplica)

Días de la semana	L	M	MI	J	V	S	D	Días de la semana	L	M	MI	J	V	S	D	Otros, cuales ?
Extintores	X	X			X			Grúas con canasta	X	X		X	X			
Elementos para delimitación	X	X	X		X			Escaleras tipo tijera		X		X	X			
Elementos de señalización	X	X		X	X	X		Esca-eras de extensión	X		X		X	X		
Equipos de Comunicación	X	X	X	X	X	X		Escaleras fijas	X	X	X	X	X			
Botiquín	X	X	X	X	X			Elevadores			X	X	X	X		
Kit ambiental	X	X	X	X	X			Andamios tubulares	X			X	X			
Kit Lava ojos	X		X	X		X	X	Andamios multidireccionales		X	X		X	X		
Detector de gases	X	X		X	X	X		Andamios colgantes	X		X	X	X			
Kit o elementos para realizar rescate	X	X	X		X	X		Palomeras y/o plataformas	X	X		X	X	X		

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.	VERSION 08 F-SST-14 29/05/2025

5.5 LISTA DE CHEQUEO PARA PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS (Marque C (Cumple) NC (No Cumple) o NA (No aplica)

ITEMS									
N	VERIFICACION DE IMPLEMENTACION	ASPECTO A TENER EN CUENTA	L	M	MI	J	V	S	D
1	El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado, delimitado y señalizado completamente.	Verificar que en el sitio y en sus alrededores no existan materiales o equipos que puedan generar riesgos para las personas o equipos de la empresa. Si existe el riesgo, se debe corregir para evitar accidentes e incidentes.	X	X	X	X	X	X	
2	Se han instalado mamparas, cerramiento rígido o cinta para aislar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas.	Si en la zona de trabajo existe paso de personas o vehículos se debe aislar y señalizar el área de influencia para evitar el tránsito por el área.	X	X	X	X	X	X	
3	Los equipos a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones	Cuando el desarrollo de la actividad requiere del uso de equipos y materiales se debe verificar si su estado cumple con los requerimientos de calidad y seguridad, se debe inspeccionar que no se encuentren deteriorados, ni oxidados o con grietas.	X	X	X	X	X	X	
4	La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la labor ha(n) recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea.	La(s) persona(s) que realizará la tarea debe estar técnicamente capacitada y entrenada en las tareas asignadas. Además debe estar en capacidad de manejar equipos y elementos de	X	X	X	X	X	X	
5	Se garantiza que las personas que realizaran el diligenciamiento del permiso y las que ejecutarán el trabajo conocen el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso	Todas las personas que vayan a realizar el trabajo así como el solicitante (supervisor o persona encargada por la empresa) del diligenciamiento del permiso, deben conocer y cumplir con los requerimientos exigidos. Si es la primera vez que lo realizan se debe capacitar y entrenar al personal en este tema antes de iniciar la ejecucón de las labores.	X	X	X	X	X	X	
6	Los tendidos y líneas de conducción de electricidad están aislados de acuerdo con la norma RETIE, es decir, de acuerdo con el voltaje que conducen.	Verificar que no existan líneas eléctricas energizadas con las cuales se pueda tener contacto, mantener la distancia de seguridad establecida en RETIE y use los elementos de protección necesarios, acordes con el nivel de riesgo (escaleras dieléctricas, parrillas, EPP dieléctrico, arco eléctrico, entre otros.)	X	X	X	X	X	X	
7	Se realizaran trabajos simultáneos en la misma área	Revisar si se están realizando otros trabajos de manera simultánea, para la identificación de otros peligros.	X	X	X	X	X	X	
8	Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo estén al día en los pagos de seguridad social.	Revisión del pago vigente de aportes de seguridad social de los autorizados	X	X	X	X	X	X	
9	Se ha verificado que los autorizados para realizar el trabajo cuentan con el certificado de aptitud medica para trabajos en altura.	Revisión de que se cuente con los certificados de aptitud para realizar el trabajo en alturas por parte de los Coordinadores.	X	X	X	X	X	X	
10	Se han verificado los sistemas de acceso.	Se cuenta con sistemas de acceso certifcados para el desarrollo de la labor,cuentan con hoja de vida, ficha técnica / o manual de operaciones e inspeccion preoperacional.	X	X	X	X	X	X	
11	Se han verificado los sistemas estructurales (formaleta, camillas, parales, crucetas, pasarelas, plataformas con barandas y otros).	Estructuras certicadas e inspeccionadas, plataformas y pasarelas en buen estado.	X	X	X	X	X	X	
12	Las redes utilizadas para detención de escombros.	La red para detención de escombros debe ser independiente a la red para personas y cumplir con las especificaciones de instalación, uso, inspección y mantenimiento del fabricante.	X	X	X	X	X	X	
13	Redes utilizadas como medidas pasivas de proteccion contra caidas.	La red de seguridad debe ser certificada e instalada para soportar el impacto de la caída del trabajador según su diseño. Así mismo, debe ser instalada bajo la aprobación de una persona calificada quien verificará las condiciones de seguridad establecidas por el fabricante, el diseño de la red y las distancias de caída. La instalación, mantenimiento e inspección deben ser realizados por una persona avalada por el fabricante o por una persona calificada.	X	X	X	X	X	X	
14	Se realizó la inspección del andamio colgante y es apto para su uso.	Se cuenta con sistemas de acceso certifcados para el desarrollo de la labor,cuentan con hoja de vida, ficha técnica / o manual de operaciones e inspeccion preoperacional. La instalación, mantenimiento e inspección deben ser realizados por una persona avalada por el fabricante.	X	X	X	X	X	X	
15	Se verificarón las condiciones ambientales (lluvia, velocidad del viento, iluminación).	No se presentan condiciones ambientales que puedan generar afectaciones, accidentes e incidentes de trabajo.	X	X	X	X	X	X	
16	Se ha dispuesto de portaherramientas o algún sistema de sujeción para las herramientas; los materiales y equipos se encuentran asegurados no permitiendo la caída.	Los sistemas utilizados como porta herramientas o para sujeción están en buen estado.	X	X	X	X	X	X	

NOTA: ESTAS CONDICIONES SE DEBEN MANTENER EN LOS DIAS SIGUIENTES. SI ALGUNA CAMBIA SE DEBERA REALIZAR UN NUEVO PERMISO DE TRABAJO.

Scanned with CamScanner

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

VERSION 05
F-SST-14
29/05/2025

5.7 VALIDACION DE PUNTOS DE ANCLAJE

	Tipo de anclaje	Resistencia certificada	Cuenta con hoja de vida, certificación, inspección anual y/o memorias de cálculo emitidas por una persona calificada.	Habilitado para uso por parte de la constructora.	Uso para restriccion o detencion	Estado
1	EN795	clase A	Si	Si	Si	excelente
2						
3	EN795	clase B	Si	Si	Si	excelente
4						
5						
6	795	clase C	Si	Si	Si	excelente
7						
8						
9						
10						

Sistemas de restricción: deben contar con anclaje(s) capaces de soportar una fuerza mínima de 1.000 libras por persona conectada (4,5 kilo newtons — 459 kgf), Su ubicación y diseño evita que el trabajador se acerque al borde garantizando como mínimo una distancia de 60 cm entre el borde y el trabajador,
Sistemas de posicionamiento: deben contar con anclaje(s) o estructuras capaces de soportar una fuerza mínima de 3.000 libras por persona conectada (13,3 kilo newtons — 1,356 kgf), Su uso evita que el trabajador pueda tener una caída superior a 60 cm.
Los conectores de posicionamiento deben tener una resistencia mínima de 5.000 libras (22,2 kilo newtons — 2.272 kg). Estos conectores podrán ser de cuerda, banda de fibra sintética, cadenas, mosquetones de gran apertura u otros materiales que garanticen una resistencia mínima de 5.000 libras (22,2 kilo newtons — 2.272 kg).
Anclaje: Elementos diseñados para la conexión de adaptadores de anclaje o directamente un equipo de protección contra caídas, deben ser capaces de soportar mínimo 5.000 libras (22,2 kilo newtons — 2.272 kg) por persona conectada.

OBSERVACIONES:

6. AUTORIZACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA EL TRABAJO (DATOS DEL RESIDENTE DE OBRA/INGENIERO ENCARGADO):

Validacion del permiso

NOMBRES Y APELLIDOS:	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Juan Camilo Corzo	1095921037	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ACTIVAR EL PLAN DE EMERGENCIA.

Validacion del permiso

NOMBRES Y APELLIDOS:	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE COMO AYUDANTE DE SEGURIDAD.

Validación del permiso

NOMBRES Y APELLIDOS:	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO

DATOS DEL COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS.

Validación del permiso

NOMBRES Y APELLIDOS:	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Erika Paola Oliveros	1090481695	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

DATOS DEL INSPECTOR SST.

Validación del permiso

NOMBRES Y APELLIDOS:	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:	FIRMA LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Erika Paola Oliveros	1090481695	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

7.SUSPENSIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

Fecha:	Causa de la suspension:(marque con x)				Actividades a ejecutar para reiniciar labores:
29/08/2025	Acto inseguro	Condiciones climaticas adversas	incidente		Diego A
	Condicion insegura	Por riesgos perfericos	Accidente		

HORA DE REINICIO DE ACTIVIDADES: HH | MM | A | HH | MM — FIRMA DE COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS

8. REVALIDACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO

Causa: Cuando hay cambios de turno___Cambio de coordinador Cambio de trabajadores autorizados, Cambios de autoridades que validen el permiso___ cambios de las condiciones iniciales del trabajo____ Otro____)	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Fecha:							
Hora de revalidación:	HH:MM Inicio HH:MM Fin	HH:MM Inicio HH:MM Fin	HH:MM Inicio HH:MM Fin	HH:MM Inicio HH:MM Fin	HH:MM Inicio HH:MM Fin	HH:MM Inicio HH:MM Fin	HH:MM Inicio HH:MM Fin
Actividades a ejecutar para reiniciar labores:							
Nombre del Coordinador de Trabajo en Alturas:							
Tipo y Número de documento Coordinador de Trabajo en Alturas:							
Firma de Coordinador de Trabajo en Alturas:							

9. FINALIZACIÓN, CANCELACIÓN Y CIERRE DEL PERMISO TRABAJO EN ALTURAS (Recibo el frente de trabajo y equipos en condiciones adecuadas de orden, aseo y seguridad)

Fecha de Finalización: | Hora de Finalización: HHMM | Las actividades de este permiso han sido: Canceladas: Finalizadas:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE AUTORIZA: Erika Paola Oliveros	NOMBRE DEL COORDINADOR DE ALTURAS: Diego Arturo Lizarazo
FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA: Erika Pado OO	FIRMA DEL COORDINADOR DE ALTURAS:
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: CC. 1090481695	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: CC 1075274909

OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.	VERSION 06 F-SST-14 29/05/2025

LISTADO DE TRABAJADORES AUTORIZADOS PARA LA ACTIVIDAD

Conocemos los riesgos presentes en la actividad laboral y nos comprometemos a ejecutar el trabajo siguiendo todas las normas de seguridad industrial establecidas por la empresa.(marque si o no en el nivel de competencia y en la verificacion de la seguridad social.)

NO	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO	NÚMERO DE DOCUMENTO	CARGO	Nivel de Competencia(Si /No)		Verificación (Si/No)	Firma						
					Reentrenamiento	Trabajador autorizado	Seguridad Social	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
1	DIEGO ARTURO LIZCANO	CC	1075274909	MAESTRO DE OBRA		X								
4														
6														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														

Scanned with CamScanner