(Hace referencia al Volumen Bruto Total, menos el 5% de material no tratable, menos el material dejado como talud final).

Densidad: 3,6 T / m3
Reservas netas explotables: 30.311.406 Tn

Según el grado de meteorización dado, se pueden obtener los siguientes productos:

Como triturado: roca sana o ligeramente meteorizada.

Como afirmado: roca ligera o medianamente meteorizada.

Como estéril: roca mediana o altamente meteorizada

Una vez calculadas las reservas totales del depósito y el material que conformara el talud final, se tienen un total de **8.419.835 metros cúbicos** de material explotable In Situ.

4.4.2. Talud Final Material

La siguiente tabla presenta la cantidad de material que se debe dejar in situ, con la finalidad de conformar el talud final de la explotación.

Cuadro 4. Talud final del material

SECCION	AREA (M2)	PROMEDIO (M2)	DIST. (M)	VOL. TOT (M3)
A	0			
		326.25	100	32625
B	652.5			
		2326.25	100	232625
C	4000			
		4700	100	470000
D	5400			
		5037.5	100	503750
E	4675			
		6462.25	100	646225
F	8250			
		7143.75	100	714375

SECCION	AREA (M2)	PROMEDIO (M2)	DIST. (M)	VOL. TOT (M3)
G	6037.5			
		5718.75	100	571875
H	5400			
		6900	100	690000
I	8400			
		8575	100	857500
J	8750			
		7375	100	737500
K	6000			
		6000	100	600000
L	6000			
		6810	100	681000
M	7620			
		4310	100	431000
Total				**7168475**

Con base en el estudio para la determinación del talud, se establece que los cortes de los banco deben tener direcciones N15-50E, N50-83E, con un ángulo de inclinación de 40º.

4.4.3. Método de explotación

El sistema de explotación a implementar se denomina **"Explotación de Bancos Descendentes a Cielo Abierto"**, que de manera técnica se ejecuta mediante la construcción de terrazas o bermas de 20.0 m de ancho que alternan con taludes de 10 m de alto, cuya inclinación depende de las características mecánicas de la roca y de factores de estabilidad determinados especialmente por el fracturamiento que presenta el macizo rocoso. Esta se ha calculado en 40º.

La secuencia de la explotación consiste en establecer la conformación del Banco de explotación en el nivel superior a un nivel preestablecido y proceder a extraer mediante el equipo de arranque del material hasta marcar el banco superior, se continua el avance hasta obtener una berma de 40.0 m que es el equivalente a la berma de dos bancos, aquí se inicia el corte de los bancos inferiores, se repite este proceso en sentido descendente hasta llegar al banco inferior, que se encuentra en el nivel patio. Se ha de descender el equipo de arranque hasta el

banco inferior y se repite la operación de extracción, teniendo siempre presente la conformación del talud.

4.5. Descripción de las operaciones unitarias

4.5.1. Labores de desarrollo

Dadas las condiciones topográficas del proyecto, el material se corta y arruma en sentido **NORTE – SUR** con el bulldozer y en la medida que los agregados pétreos se van extrayendo en sentido **OESTE – ESTE** con la excavadora, se llega a las cotas finales de explotación y se procede a conformar y cubrir las áreas intervenidas con los estériles inicialmente apilados. Los terraplenes y rellenos resultantes se deben construir acorde a las normas técnicas del Instituto Nacional de Vías, organismo rector de este tipo de obras en el país, en condiciones adecuadas de estabilidad, drenaje, seguridad e integración al entorno.

La recuperación de la cobertura vegetal se hará de acuerdo al plan de manejo supervisado por la autoridad ambiental, en este caso la Corporación Autónoma Regional del Cauca C.R.C. Las obras paisajísticas y el repoblamiento forestal se encaminan a la protección del cauce y ribera del Río Cauca.

4.5.2. Labores de preparación

Consiste en la conformación de bancos, para este caso son "Bancos Descendentes", sistema característico de la minería en ladera; cada uno de los bancos se caracteriza por contar con una berma o parte horizontal longitudinal; por esta berma es por donde se movilizaran los equipos y su ancho está determinado por las dimensiones de los equipos, al igual que la producción requerida en cada voladura. La altura del banco está conformada por la distancia vertical entre la pata o parte más baja del banco y la cresta o parte superior del mismo. La inclinación de talud o ángulo alfa, es el ángulo dado entre la vertical y la inclinación de la cara del banco, la cual se determina por las características propias del material.

- Proceso industrial: en este proceso se tienen todas las actividades relacionadas con las voladuras, extracción, transformación, almacenamiento y

distribución de los materiales producidos en la cantera, estos se desarrollarán de la siguiente manera:

- Replanteo de banco: mediante la realización de altimetría de poca precisión con nivel de mano, se determinan los niveles correspondientes a la corona del banco superior, la posición de las bermas y los taludes inferiores, hasta llegar al nivel patio; las estacas de chaflán se colocan cada 10 mt en sentido horizontal. De la manera mencionada se definen dos bancos de 10 mt de altura y un ángulo con respecto a la horizontal de 40° en basalto y 45° si se está trabajando sobre afirmado, las bermas tienen 20.0 metros de ancho.
- Corte: este se realiza mediante buldózer y retroexcavadora. El corte se orienta en dos sentidos:

a) En sentido horizontal, la explotación se efectúa teniendo en cuenta el siguiente procedimiento: se inicia desde la sección o perfil D, donde se marca el banco superior en sentido sur – norte; seguidamente, y luego de seguir el procedimiento de replanteo de bancos, se llega al banco inferior hacia el norte, hasta llegar a la cota 2090. Esta primera fase de explotación entre el año 1° y 9°. Una vez se han marcado los frentes de explotación descritos en su totalidad, se desarrolla la explotación en avance, es decir en sentido norte – sur.

A partir del año 9° se inicia la explotación siguiendo el mismo procedimiento desde la sección D, en dirección sur hasta alcanzar la sección M, las cuales conformaran las últimas etapas de trabajos mineros que corresponde a la zona sur de la licencia.

b) En sentido vertical: el procedimiento se desarrolla de la siguiente manera: se inicia por el banco superior, realizando una roza de la capa vegetal, seguidamente se corta con el buldózer horizontalmente con capas, el suelo orgánico, las cenizas volcánicas y el material altamente meteorizado, que constituyen los materiales de desecho; estos serán transportados en volquetas para ser depositados en los sitios correspondientes; estos materiales serán reutilizados posteriormente en los trabajos de restitución y reforestación. Con la ayuda de la retroexcavadora se conforma el talud inicial, el cual en este material

"estéril" no debe ser superior a 45° y su altura máxima será de 10 metros, de esta forma se continuará descendiendo hasta que se deja el afirmado en superficie.
La extracción del afirmado se realizará simplemente con el escarificador de la retroexcavadora. Se ha de tener especial cuidado de no exceder los 40° de inclinación, ni los 10 metros de altura de banco, cuando se alcance este límite, se realiza una berma con un ancho de 20 m y se repite el procedimiento con el banco siguiente, hasta llegar a la dureza del material al encontrarse el cuerpo rocoso masivo, el arranque de este se efectuará por medio de explosivos.

La voladura se realizará según las indicaciones y recomendaciones del "Manual guía de voladuras" de la **OSMRE** (Office of Surface Mining Reclamation and Enforcement) de los **EE. UU.** Se utilizarán únicamente los agentes de voladuras autorizados y se tomarán las mayores medidas de seguridad en el transporte de explosivos, de conformidad con lo reglamentado al respecto.

4.5.3. Labores de explotación

a. Arranque: Debido a las diferentes condiciones del yacimiento mineral; esta actividad se desarrollara de acuerdo con el tipo de material a extraer de la siguiente manera:

- **Material de afirmado:** Se realiza el corte de este del banco con buldózer y/ retroexcavadora, hasta donde la dureza del material así lo permita.

Se transporta, arrastra o deja caer por gravedad el afirmado hasta las pilas de los patios de acopio, en este proceso se producirá una "trituración" del material, para ello se utiliza el buldózer, rampas de caídas, volqueta o bandas transportadoras si fuera posible.

- **Material de Subbase:** Se sigue el proceso anterior realizando el corte del banco con buldózer y/ retroexcavadora, hasta donde la dureza del material así lo permita.

Adicionalmente se transporta, arrastra o deja caer por gravedad el afirmado hasta las pilas de los patios de acopio, en este proceso se producirá una "trituración" del material, para ello se utiliza el buldózer, rampas de caídas, volqueta o bandas transportadoras si fuera posible.

Se descarga el material en las zarandas o en la tolva de la trituradora, procediéndose a realizar la operación de beneficio, la que involucra la selección y/o trituración del material.

Por gravedad se dejará caer el material a la pila del patio de acopio.

- **Agregados pétreos:** En esta fase de la actividad minera se realizan los trabajos de:
  - Desabombe o adecuación de los frentes de explotación.
  - Perforación. En esta etapa se utilizan los equipos neumáticos de roto-percusión como lo son el compresor, martillos, barrenas, mangueras, acoples y demás.
  - Cargue de los barrenos.
  - Conexión del circuito de encendido.
  - Quema: La quema de los explosivos se hará de acuerdo al plan minero; esta operación se realizará una vez que hayan sido suspendidas las labores diarias.

Finalmente, se recoge el material utilizando una excavadora y se procede a cargar directamente en las volquetas para ser transportado hasta la planta de beneficio para llevar a cabo su proceso primario, posteriormente se realiza la trituración secundaria del material, este se deposita en las pilas de los patios de acopio.

b. Cargue y transporte

Se carga el material para su distribución en las volquetas que se designen para el caso; para este proceso se utilizará el cargador sobre llantas.

El proyecto minero empleara como equipo de cargue una retroexcavadora con capacidad en la cuchara de 0.9 m^3, se emplea esta máquina por sus

características de movilidad y rendimiento en distancias cortas, por otro lado ofrece gran posibilidad para ser empleada para otras tareas inherentes en la actividad minera (mantenimiento de drenajes, construcción de cunetas, cargue de material, etc.).
El transporte de material se realizara por medio de volquetas, las cuales tienen capacidades que van desde 5 hasta 7 metros cúbicos de material, las volquetas serán cargadas directamente sobre el frente de trabajo y llevaran material hasta el centro de consumo o de ser necesario hasta el patio de acopio de la mina.

Las volquetas usadas en el transporte y evacuación de material serán en condición de contrato o alquiler, con el fin de no aumentar los costos de explotación haciendo inversiones iniciales.

4.6. Beneficio

Hace referencia a una serie de procedimientos físico químicos encaminados a llevar el mineral arrancado de los diferentes frentes de explotación, a condiciones aptas y acordes para ser comercializado.

Para el presente proyecto el proceso de beneficio que se ha de implementar está conformado por una serie de trituradoras y clasificadoras, las cuales serán las encargadas de llevar el material a una granulometría determinada. La planta de beneficio está localizada a 3 kilómetros aproximadamente de la cantera "La Claridad" que cuenta con la autorización ambiental respectiva y también es de propiedad de CONEXPE S.A.

4.7. Servicios auxiliares a la mina

4.7.1. Vertederos o escombreras

La construcción de los vertederos y escombreras se convierten en una de las etapas más complejas dentro de la explotación de minas, debido a que se pretende estabilizar y mantener adecuadamente materiales, los cuales han sido modificados, su cohesión ha sido rota y presenta dificultad para su estabilidad, junto a ellos están ligados los costos de mantenimiento. Ante todo se debe distinguir los 3 tipos de residuos que se obtienen de una explotación minera: material vegetal que cubre el yacimiento (los cuales deben ser conservados para

su posterior utilización), material estéril: para este caso específico al inicio de la explotación se contará con las áreas de acumulación de estériles DE – 1, DE – 2 y DE – 3; es importante indicar que en la parte norte de la explotación, entre los perfiles A y D, al finalizar el año 9° se contara con los patios necesarios para iniciar los trabajos de restitución geomorfológico, lo cual generara un equilibrio entre el material estéril removido o cortado en los frentes y el material depositado en la fase de restitución.

De esta manera, solo se dispondrá de depósitos (DE) para un volumen de estéril correspondiente a 36713.4 m3, los restantes 129115.6 m3 serán depositados en los espacios dejados en la explotación realizada al norte de la licencia CEM-156, para tal caso se requerirán de patios con una superficie de 50.000 m2 y una altura de escombros de 2.6m.

Es importante aclarar que la zona de explotación correspondientes a los cortes A, B, C y D, situados al norte del título JBF-0800X, limita con la licencia CEM-156, zona esta que se encuentra desmontada y descapotada en gran parte, facilitando de esta manera los trabajos propuestos

4.8. Plan de cierre

El Plan de Cierre de la Explotación se realizará conforme a la Normatividad Ambiental vigente para este tipo de actividades

Para el primer ciclo de 5 a 6 años se prevé lo siguiente:

- Perfilamiento de barrancos con problemas de estabilidad
- Reforestación de las orilla, dejando los accesos para futuras intervenciones de extracción y limpieza
- La vía de acceso es pre-existente y permanente
- El tipo de obras y campamento, no involucra actividades de demolición ni recuperación de terrenos, pues estos en la actualidad están desprovistos de vegetación.
- El poco suelo de la zona de patios será amontonado en un lado del mismo para su posterior utilización.

5. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El área del título minero de la licencia especial **No. CEM-156**, está dentro del área del Contrato de Concesión **No. JBF-08001X,** por lo tanto el área tiene tradición minera, desde tiempo atrás y se proyecta como una alternativa empresarial encaminada a suplir la demanda de agregados pétreos requeridos para la ejecución de obras civiles en la ciudad de Popayán y Municipios vecinos, ya que hasta la fecha la cobertura del mercado es atendida por empresas mineras del norte del departamento o por compañías locales de poca capacidad, lo que repercute en sobrecostos excesivos en la industria de la construcción.

Desde la perspectiva ambiental, si bien los proyectos a cielo abierto como son las canteras, generan un impacto visible sobre diferentes componentes ambientales, la identificación de los impactos ambientales y la implementación de las medidas de manejo ambiental planteadas en el documento ambiental, durante la etapa de explotación y cierre, así como el establecimiento de actividades de extracción con el menor grado de afectación, garantiza el cumplimiento de la política ambiental de la empresa, el seguimiento y monitoreo de los impactos positivos y negativos identificados conduciendo a conservar el medio ambiente en el entorno y a la elaboración de un Plan de Contingencia para atender cualquier clase de evento que se presente, lo que permite minimizar, mitigar, corregir o compensar los impactos y efectos negativos generados.

6. CONSIDERACIONES Y MOTIVACIONES DE ORDEN AMBIENTAL

Resumen de las consideraciones, motivaciones y criterios de orden ambiental, social y minero que se tuvieron en cuenta para dar un concepto técnico ambiental positivo:

6.1 Criterios técnico – mineros

El área concesionada corresponde a un total de 52 hectáreas y 213,054.000 metros cuadrados.

Por las características del material a aprovechar, y los volúmenes proyectados, el procedimiento se reduce a un arranque mecánico, con la utilización de los equipos requeridos tales como volquetas, retro excavadora, bulldózer y cargador.

Acorde con los anteriores planteamientos expuestos en el EIA, se define que se adoptará el método de extracción por bancos.

El sistema de extracción es de tipo terraceo, se inicia desde la parte superior a la inferior. Este tipo de minería permite optimizar los volúmenes a aprovechar y así mismo, iniciar una recuperación y adecuación morfológica en la medida que se va terminando cada frente, evitando problemas de estabilidad hacia las partes bajas y altas.

Respecto al material orgánico resultante, si lo hubiere (existen sectores dentro de la cantera donde la capa útil ya se encuentra expuesta), este deberá ser dispuesto en la zona previamente determinada para tal fin. Concluido el descapote se procede a la extracción del material mediante la excavación con máquina en sentido descendente, conformando taludes con inclinación apropiada, observando los criterios establecidos en la caracterización geomecánica del macizo, con el fin de evitar los deslizamientos incontrolados en la conformación de la terraza inicial. El procedimiento de arranque puede efectuarse con medios mecánicos o manuales: Cuando la excavación se realice manualmente para el caso de arranques menores de material altamente fracturado, la altura máxima del frente no sobrepasará los dos metros; esta labor corresponde a un arranque primario, la línea final del talud se obtiene con medios mecánicos.

Se plantea utilizar medios de ataque frontal, por lo tanto, la altura del frente no podrá sobrepasar en más de un metro al alcance vertical de la cuchara. La altura total será de 5m y en ninguno de los casos excederá de 8.0m

La inclinación del talud no será superior a los 70° de inclinación; se debe evitar el arranque manual por razones de seguridad y porque sólo permite avanzar un banco principal de manera parcial, y en ningún caso hasta lograr su dimensión total.

6.2 Criterios de Manejo Ambiental

El **E.I.A.** presentado para el proyecto de explotación minera en el área del Contrato de Concesión **No. JBF-08001X,** involucra las condiciones ambientales

del área de la licencia especial No. **CEM-156,** por cuanto corresponde a una misma zona ambiental, que ha sido intervenida, donde los impactos ambientales no son diferentes a los ya existentes. En esta área se identificaron los impactos ambientales sobre los componentes suelo, aire, agua, flora, fauna y socioeconómico, de acuerdo con las actividades de adecuación de la planta: construcción de campamento y rampa, construcción de vías de acceso, patios de almacenamiento, y extracción: preparación de la zona de explotación, extracción, cargue de material.

Posteriormente estos fueron calificados y ponderados de acuerdo a la calificación ecológica, bajo criterios tales como: Clase de impacto, presencia, desarrollo, duración y magnitud, para ser finalmente cuantificados desde muy bajos (0-2) hasta muy altos (8-10).

Una vez analizado el entorno ambiental general del área de estudio, con los datos obtenidos en la caracterización del medio en la línea base, se procedió a realizar el análisis y evaluación de impacto ambiental, lo cual permitió proponer un Plan de Manejo Ambiental estructurado a través de un conjunto de programas y actividades, necesarias para prevenir, mitigar, corregir y compensar los impactos generados por el proyecto durante sus diferentes etapas.

Las acciones del **PMA** se fundamentan en la identificación, jerarquización y evaluación de impactos generados por la extracción minera sobre el medio receptor, de los siguientes programas: Programa de control de emisiones, programa de protección de ecosistemas, programa de recuperación de sectores de extracción, programa de seguridad industrial, programa higiene y seguridad en labores a cielo abierto, programa de prevención de siniestros, desmantelamiento y abandono, actividades de cierre progresivo, plan de cierre.

Por otro lado, previendo que existen fenómenos antrópicos, naturales y exógenos que pueden poner en riesgo el capital humano, los recursos naturales, los ecosistemas presentes y la infraestructura de la mina y demás recursos físicos, se plantea un programa de prevención de siniestros que busca asegurar las condiciones de vida de los trabajadores y habitantes de las áreas de influencia del proyecto, a través de la identificación de posibles situaciones de

contingencia, la disposición de unos recursos físicos y humanos y la implantación de un plan de acción.

Para la etapa de finalización del proyecto están contempladas acciones de prevención, mitigación, corrección y compensación como parte de los programas del PMA, que se desarrollarán durante el cierre y abandono de la mina. Dentro del plan de cierre se tiene contemplada la recuperación geomorfológica, paisajística y forestal de los bancos, al culminarse su extracción. Así mismo, se realizarán las obras de drenaje y aislamiento de las áreas en recuperación. Otras de las tareas de cierre previstas serán básicamente sellar el sistema séptico y cercado perimetral.

6.3 Criterios sobre el seguimiento y monitoreo a cambios del medio afectados por el proyecto

El seguimiento y monitoreo ambiental del proyecto minero que se va a desarrollar dentro de las áreas del Contrato de Concesión No. **JBF-08001X** y de la licencia especial **No. CEM-156**, permitirá la medición periódica de los distintos componentes y procesos, y la detección de variaciones naturales o posibles anomalías producto de las distintas actividades del proyecto, a fin de que la zona de influencia no sufra alteraciones graves y/o irremediables por el desarrollo de las actividades extractivas.

Adicionalmente, con el seguimiento y monitoreo a la intervención sobre el medio receptor de las actividades mineras, se busca asegurar no solo el cumplimiento de las normas mineras y ambientales, sino también, la ejecución tanto del **PMA** como de las medidas de contingencia cuando fueren necesarias.

El seguimiento se realizará específicamente a través de acciones y actividades planificadas, que tienen como propósito verificar la ejecución de las medidas de control ambiental diseñadas en cada una de ellas, evaluándolas a través de los indicadores, métodos y frecuencia definidos para cada programa.

Las actividades de monitoreo se enfocaran en las observaciones, mediciones y evaluaciones periódicas y reiterativas de información sobre salud y/o ambiente que se realicen o, con los datos técnicos "levantados" con propósitos definidos,

de acuerdo con los esquemas preestablecidos en el espacio y el tiempo, y utilizando métodos comparativos para inferir y reunir información.

Del seguimiento y monitoreo permanente depende, en gran parte, la prevención y/o respuesta inmediata a un evento impactante inducido, fortuito, o a cualquier tipo de contingencia.

7. ACTIVIDADES Y OBRAS QUE SE AUTORIZAN CON LA MODIFICACIÓN DE LA LICENCIA AMBIENTAL

Se autoriza la ejecución del proyecto de explotación de un yacimiento de materiales de construcción (cantera), localizado en la Vereda San Alfonso, Municipio de Popayán, Departamento del Cauca, en el área de concesión **No. JBF-08001X,** así mismo:

- El desarrollo de programas y proyectos enfocados a la prevención, mitigación, remediación, control y compensación de efectos sobre los componentes físico-bióticos y sociales, a través de programas de desarrollo y aplicación de la gestión ambiental, manejo y control del proceso de explotación de materiales, manejo de maquinaria, equipos, vehículos y transporte de materiales, manejo de residuos en el área minera, programa de higiene, seguridad y salud ocupacional, cierre, rehabilitación y recuperación de la zona minera, plan de gestión social y acciones encaminadas a:

- El manejo integral de residuos sólidos, donde se contemple la reducción de residuos, la reutilización, aprovechamiento y disposición final, especialmente del material estéril.

- La implementación de procesos que garanticen el manejo adecuado de hidrocarburos, combustibles y lubricantes

- La recuperación de áreas afectadas por la actividad minera.

- La minimización de emisión de material particulado.

- La prevención de riesgos para los trabajadores.

- La prevención de fenómenos de remoción en masa y erosivos.
- La prevención de riesgos naturales, antrópicos y exógenos.

- La implementación de los programas:

  . Control de emisiones

  . Protección de ecosistemas

  . Recuperación de sectores de extracción

  . Seguridad industrial

  . Prevención de siniestros

  . Control y seguridad en voladuras

- La implementación del programa de seguimiento y monitoreo.
- La adecuación de vías de acceso, de acuerdo con la normatividad ambiental vigente aplicable.
- La implementación de Plan de contingencia que contemple planes estratégicos, operativos e informativos.
- El programa de cierre, rehabilitación, recuperación de tierras afectadas por la minería y demás medidas contempladas dentro del plan de manejo que propendan por la conservación del ambiente.
- Labores de reforestación con especies autorizadas

Las demás medidas contempladas dentro del estudio, sin perjuicio de las obligaciones establecidas en el presente acto administrativo, que propendan por la conservación del ambiente.

8. RECURSOS NATURALES RENOVABLES QUE SE AUTORIZAN UTILIZAR, APROVECHAR Y/O AFECTAR

Dentro del área de contrato de concesión No. **JBF-08001X**, no se va a construir ningún tipo de infraestructura de beneficio o transformación del mineral que implique el uso directo del recurso hídrico. Respecto a los vertimientos únicos que se generarán, relacionados con el proyecto, son de tipo doméstico, de la batería sanitaria localizada en la caseta de vigilancia existente.

Como en la zona no se construirá planta de beneficio alguna, que son las que se constituyen en fuentes fijas de emisiones atmosféricas, tampoco se requiere tramitar ningún permiso de este tipo.

Finalmente, ya que la cantera está localizada sobre una zona de potreros enmalezados, donde no existe cobertura vegetal arbórea que requiera ser removida y la vegetación protectora de las fuentes hídricas en el sitio no será intervenida por ninguna razón, sino mejorada mediante actividades de reforestación, no se requiere realizar aprovechamiento forestal alguno en el área minera.

Respecto a los residuos sólidos que se puedan generar estos serán dispuestos en los sitios acondicionados para tal fin, autorizados por la Corporación y en el relleno sanitario de Popayán.

9. CONCEPTO TÉCNICO DE VIABILIDAD

Evaluado el estudio de modificación de la licencia ambiental, para la explotación de materiales de construcción en cantera, en la vereda San Alfonso, Municipio de Popayán, Departamento del Cauca, a favor de la empresa Conexpe S.A., se conceptúa que **LA MODIFICACION** de la licencia ambiental del proyecto minero es **VIABLE AMBIENTALMENTE** y se emite **CONCEPTO TÉCNICO AMBIENTAL POSITIVO**, para que se anexe a las áreas de los polígonos de la licencia especial **No. CEM-156,** el área del Contrato de concesión **No. JBF-08001X**, por ser lindantes, y siempre que se cumpla con lo contemplado en el Estudio de Impacto Ambiental presentado, el Plan de Manejo Ambiental, el Plan de

Contingencia, el Plan de Monitoreo – Seguimiento y el Programa de Cierre y Recuperación.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

Articulo 51 del Decreto 2820 de 2010

"ARTÍCULO 51. RÉGIMEN DE TRANSICIÓN. El régimen de transición se aplicará a los proyectos, obras o actividades que se encuentren en los siguientes casos:

(...) 2. Los proyectos, obras o actividades, que de acuerdo con las normas vigentes antes de la expedición del presente decreto, obtuvieron los permisos, concesiones, licencias y demás autorizaciones de carácter ambiental que se requerían, continuarán sus actividades sujetos a los términos, condiciones y obligaciones señalados en los actos administrativos así expedidos.

PARÁGRAFO 1o. En los casos antes citados, las autoridades ambientales continuarán realizando las actividades de control y seguimiento necesarias, con el objeto de determinar el cumplimiento de las normas ambientales. De igual forma, podrán realizar ajustes periódicos cuando a ello haya lugar, establecer mediante acto administrativo motivado las medidas de manejo ambiental que se consideren necesarias y/o suprimir las innecesarias."

Articulo 9 Resolución 0121 de 12 de Febrero de 2003: "Cualquier necesidad de modificación a las condiciones de la licencia ambiental que mediante esta providencia se otorga, al estudio de impacto ambiental o al plan de manejo ambiental, deberá ser informado a la C.R.C., con anticipación para su evaluación y aprobación, si fuere el caso".

Teniendo en cuenta lo anterior se considera que es viable la modificación de la licencia ambiental otorgada mediante Resolución No. 0121 de 12 de febrero de 2003, a los señores LIDA OMAIDA NARVAEZ DE MUÑOZ y RAMIRO LEITON, la cual fue cedida a CONEXPE S.A. a través de la Resolución No. 0806 de 2005, en el sentido de ampliar el área materia de dicha licencia, para incluir el área correspondiente al Titulo Minero JBF-08001X, lindante al área del Título Minero CEM-156 y adicionar las nuevas obligaciones, de conformidad con lo expresado

en el Concepto Técnico No. 15016 de 25 de septiembre de 2012, expedido por esta Corporación.

Por lo anteriormente expuesto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR el Artículo Primero de la Resolución No. 0121 de 12 de febrero de 2003, mediante la cual se otorgó licencia ambiental a los señores LIDA OMAIDA NARVAEZ DE MUÑOZ y RAMIRO LEITON, identificados con cedulas de ciudadanía Nos. 27.275.285 y 87.245.007, la cual fue cedida a CONEXPE S.A. a través de la Resolución No. 0806 de 2005, artículo que quedará así:

ARTICULO PRIMERO: Otorgar Licencia Ambiental a la sociedad CONSTRUCCIONES Y EXPLOTACIÓN DE MATERIALES PETREOS S.A. - CONEXPE S.A., con NIT No. 817.007.557-6, para la explotación de un yacimiento de materiales de construcción (cantera), por método de bancos descendentes, localizada en la zona correspondiente al área del Contrato Minero JBF-08001X, y al área del Titulo Minero CEM-156, ubicada en la Vereda San Alfonso, Municipio de Popayán, Departamento del Cauca, por las razones expuestas en la parte motiva del presente acto.

ARTICULO SEGUNDO.- MODIFICAR el Artículo Segundo de la Resolución No. 0121 de 12 de febrero de 2003, en el sentido de adicionar las siguientes OBLIGACIONES que debe cumplir el titular de la licencia ambiental, de conformidad con lo consignado en el Concepto Técnico No. 15016 de 25 de septiembre de 2012, expedido por esta Corporación:

1. Todas y cada una de las medidas y actividades ambientales contenidas en los Estudios de Impacto Ambiental y Plan de Manejo Ambiental, son de obligatorio cumplimiento por parte del beneficiario, durante la vida útil del proyecto.

2. La empresa **CONEXPE S.A.,** debe implementar y ejecutar las medidas de manejo ambiental y social en todos los trabajos mineros (frentes de explotación), dentro del área asignada en el titulo minero.

3. CONEXPE S.A. debe dar cumplimento a todas las normas de seguridad e higiene minera. Todo accidente que se presente por falta de aplicación de estas normas será responsabilidad del titular minero.

4. Semestralmente a partir de la ejecutoria de la presente resolución, debe presentar a la Subdirección de Gestión Ambiental de la CRC, un informe del avance de la explotación, adelantando un control topográfico del área y construyendo el mapa en planta, de las secciones transversales en frentes de trabajo.

5. CONEXPE S.A. debe cumplir con la normatividad ambiental vigente relacionada con el cargue y transporte del mineral, el control de emisiones de gases de combustión, la emisión de material particulado, el manejo de escombros sueltos generados por el tráfico vehicular y la señalización dentro del área de concesión.

6. La Subdirección de Defensa del Patrimonio Ambiental deberá realizar seguimiento trimestral al cumplimiento de las obligaciones establecidas en los actos administrativos que conforman la presente Licencia Ambiental y a las Medidas de Manejo Ambiental registradas en los Estudios de Impacto Ambiental aprobados, reportando mediante informe de seguimiento escrito, entre otros, las medidas de manejo implementadas o cambios realizados a estas, con copia al respectivo expediente, según lo establecido por el Manual de Seguimiento del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.

7. CONEXPE S.A. deberá dar cumplimiento a lo establecido en el estudio de la modificación y con los programas del P.M.A., los cuales hacen parte integral del concepto técnico ambiental, sin perjuicio de las obligaciones aquí establecidas.

8. Delimitados los bancos a explotar, sobre cada berma se deben efectuar cunetas de drenaje que confluyan al canal principal de desagüe y que permitan el

manejo de las aguas de escorrentía (se debe realizar limpieza periódica de las cunetas).

9. En la ejecución del proyecto minero de explotación de material de construcción (cantera), la empresa **CONEXPE S.A.,** debe aplicar las siguientes actividades, acciones, obras y programas de manejo ambiental:

- Desarrollar campañas de sensibilización y campañas educativas para las personas vinculadas al proyecto, respecto a temas como manejo de residuos sólidos, higiene y seguridad industrial, normas ambientales que se deben cumplir, importancia de los recursos naturales, manejo de escombros, hidrocarburos y combustibles, manejo de flora y fauna, medidas de manejo ambiental contempladas en el PMA, y demás temas que se consideren pertinentes. Los talleres o charlas se deben realizar trimestralmente a partir de la ejecutoria de la presente resolución, llevando un control de asistencia de las personas capacitadas.

- Dentro de las charlas y talleres debe divulgar la política ambiental de la empresa, informar sobre el estado del medio ambiente, las actividades, los impactos potenciales del proyecto y las medidas de manejo ambiental.

- De acuerdo al tema las charlas deben vincular tanto al personal del proyecto como a las comunidades del área de influencia directa del proyecto.

- Implementar el programa de salud ocupacional y seguridad industrial, en cumplimiento de las normas de seguridad industrial. Los trabajadores y operarios de maquinaria deben estar dotados con los correspondientes elementos de seguridad industrial, tales como: gafas, tapa oídos, tapabocas, ropa de trabajo, casco, guantes, botas y aquellos otros que puedan requerirse en el momento de realizar un trabajo determinado, los cuales deben ser aptos a las condiciones climáticas. Es necesario mantener informados a todos los trabajadores y empleados, de todos los niveles jerárquicos, acerca de la prevención de accidentes y de evitar acciones que puedan generar riesgos adicionales.

- Establecer el manejo integral de los residuos sólidos generados, asegurando el cumplimiento del Decreto 1713 de 2002 y aquellos que lo modifiquen, adicionen

o complementen, permitiendo la reutilización y la recuperación de elementos que se puedan reciclar (comercializar) para reducir el efecto ambiental sobre el medio intervenido. Esta actividad se debe implementar en el primer bimestre, posterior a la ejecutoria del presente acto administrativo.

- De acuerdo a los tipos de residuos sólidos generados, estos se deberán disponer en los sitios autorizados por la CRC, previo informe.

- Los aceites para uso de motores (o equipos), deben ser almacenados en canecas y pomas plásticas. Su manipulación debe realizarse de acuerdo a lo establecido por el Decreto 4741 de 30 de diciembre de 2005.

- Se prohíbe el lavado, reparación y mantenimiento de vehículos y maquinaria en la zona minera, la utilización de aceites usados como combustibles de mecheros, antorchas, etc., y el vertimiento o disposición inadecuada de aceites usados y demás materiales como cartón, madera y trozos de metal.

- La empresa **CONEXPE S.A.,** debe controlar y realizar el adecuado suministro de combustible a vehículos y maquinaria, asegurando el correcto transporte, almacenamiento y disposición final.

- El concesionario es responsable de daños ambientales que se puedan ocasionar por posibles vertimientos no controlados.

- Rehabilitación del paisaje y repoblación vegetal: **CONEXPE S.A.** debe implementar las acciones y medidas contenidas en el proyecto de reacondicionamiento final de las áreas alteradas en el área de explotación minera, estas se deben implementar a medida que avanza el proyecto. Las actividades de reforestación deben implementarse en las zonas alteradas, excluidas y restringidas para la actividad minera, con especies nativas de la zona (según lo establecido en el PMA). El objetivo principal de estas medidas es el control de cambios morfológicos en los sectores de explotación, así como evitar la introducción de desechos sólidos y el vertimiento de residuos líquidos en el componente físico ambiental del sitio. Para que el proceso de rehabilitación se logre, el beneficiario de la Licencia Ambiental debe garantizar las condiciones ecosistémicas que permitan junto con el monitoreo y seguimiento, la

sostenibilidad del área, teniendo en cuenta que la capa orgánica existente en el sitio es mínima.

- **CONEXPE S.A.** debe dar estricto cumplimiento a las medidas ambientales propuestas en el PMA, sobre la recuperación de frentes explotados. Al final de la explotación debe presentar el reporte de las condiciones en que se entrega el área, las actividades ejecutadas y el material (fotografías, documento, obras físicas) soporte del cierre de la extracción.

Estas actividades contribuirán también a revertir los impactos iníciales sobre la afectación de la cobertura vegetal, los usos del suelo y en general, sobre el deterioro del los hábitats locales.

10. Plan de monitoreo y seguimiento del proyecto:

CONEXPE S.A. debe crear un grupo encargado, a nivel interno, de implementar el programa de seguimiento y monitoreo ambiental, que es la herramienta para optimizar el cumplimiento de las medidas mediante las cuales se pretende prevenir, mitigar y compensar los impactos generados por las diferentes actividades del proyecto de explotación de material de construcción, procurando que los ecosistemas locales y en general el medio ambiente del área de influencia directa e indirecta, no sufran alteraciones graves y/o incontrolables.

11. El beneficiario de la presente resolución debe presentar estudios de batimetría en las secciones hidráulicas comprendidas entre las cotas 761,500 m y 762,000 cada 20metros, con los informes de seguimiento ICA.

12. Presentar informes anuales de monitoreo de calidad del agua, para el Río Cauca, de acuerdo con lo establecido en el PMA.

13. A partir de fecha de la ejecutoria del presente acto administrativo, la empresa CONEXPE contará con tres meses para presentar a la Corporación la zonificación ambiental actualizada (en medio digital y análogo) identificando las áreas de intervención minera sin restricción, área de exclusión minera, área de infraestructura, control y apoyo minero; zonas de conservación y zonas que serán objeto de reforestación y conservación, a fin de realizar el respectivo

seguimiento y manejo ambiental. Para las áreas que serán objeto de reforestación deberá presentar el cronograma de actividades dentro del mismo plazo.

14. Plan de contingencia:

La empresa debe capacitar a un grupo de trabajadores para que se apropien de las medidas, procedimientos y mecanismos de acción adoptados por la empresa a través del plan de contingencia presentado, para enfrentar la ocurrencia de eventos fortuitos o accidentales derivado de la ejecución de las actividades mineras proyectadas en la extracción, ya sea por fenómenos naturales o agentes externos. Dado que el plan se da en la etapa de planeación se requiere que la empresa presente un plan de contingencia con sus correspondientes programas y acciones actualizados, en un plazo no mayor a tres meses una vez se cumpla un año de ejecutoriada la presente resolución.

15. Plan de Cierre: Rehabilitación y recuperación (sectores abandonados, de reservas agotadas o con restricciones para la actividad minera):

Esta fase incluye: 1. El retiro de herramientas o maquinarías que tengan valor comercial, teniendo en cuenta precauciones que eviten la contaminación ambiental o riesgos sobre la salud y la integridad humana. 2. Estabilización física y geoquímica, el establecimiento de la forma del terreno, la revegetación y la rehabilitación de hábitats acuáticos para los diferentes componentes del proyecto minero y las intervenciones sociales para mitigar el impacto del cierre en las poblaciones afectadas.

El Plan de Cierre presentado es considerado como inicial, ya que es desarrollado durante las etapas de planeamiento y está basado en el conocimiento actual de la vida de la mina. Por lo anterior cumplido un año a partir de iniciada la explotación, la empresa cuenta con tres (3) meses para presentar la actualización del plan de cierre de acuerdo a la dinámica y estado de avance de la explotación de la mina. Todo cambio por el desarrollo de la mina, operaciones y actividades de rehabilitación se reevaluarán a lo largo de la vigencia de la Licencia Ambiental.

Las actividades que constan en el plan de cierre deberán ser actualizadas junto con el PMA, con su correspondiente cronograma, estrategias, mecanismos y métodos de ajuste y actualización, de acuerdo con la dinámica del proyecto, previa presentación de ellos a la Corporación para su aprobación.

En caso de un cierre temporal se debe presentar un plan de contingencia para cierres temporales, el cual debe establecer límites de tiempo en los cuales la empresa considera que financieramente podría sostener un cierre temporal y las medidas de mantenimiento que se propondrían para mantener la mina mientras esté cerrada.

Cuando no sea viable la continuidad de la explotación después de un cierre temporal, se debe establecer inmediatamente un Plan de Cierre Final Anticipado.

En cualquiera de los casos en donde sea necesario aplicar el plan de cierre final (anticipado o no) el titular de la licencia ambiental debe presentar un informe hasta la etapa post-cierre, con la preparación de informes de mantenimiento y monitoreo post-cierre, de acuerdo con los términos de referencia establecidos por la autoridad ambiental.

16. En el área de los títulos mineros no está autorizada la construcción u operación de talleres de mantenimiento de maquinaria.

17. Se debe divulgar las necesidades de mano de obra que puedan ser cubiertas por el personal de la zona.

18. Como medida de compensación, la empresa CONEXPE S.A. debe ejecutar un plan de reforestación sobre la cuenca del Rio Las Piedras, que está aledaño a la zona de explotación. Este plan de reforestación debe presentarse en un plazo de tres meses posteriores a la ejecutoria de la presente resolución y debe estar avalado por la CRC.

19. CONEXPE S.A. debe informar por escrito a los contratistas y en general a todo el personal involucrado en el proyecto, las obligaciones, medios de control y

prohibiciones establecidas en esta providencia, así como aquellas definidas en el Estudio de Impacto Ambiental.

20. Ocupación de terrenos y/o servidumbres: En el evento que las obras y servicios propios de la extracción, construcción, montaje y acopio requieran afectar predios vecinos, se debe acordar con el dueño o poseedor los respectivos permisos y derechos de uso.

21. Las obligaciones contenidas en las resoluciones 0121 de 2003 y resolución 0806 de agosto 18 de 2005 continúan vigentes y son objeto de seguimiento y monitoreo.

22. La autoridad ambiental conserva copia del Estudio de Impacto Ambiental, con base en el cual realizará el seguimiento y control a la actividad minera, a la ejecución de las medidas de manejo ambiental y a las obligaciones en general adquiridas por el beneficiario de la presente resolución.

ARTICULO TERCERO.- El presente acto administrativo condiciona al beneficiario del mismo, al cumplimiento de todas y cada una de las anteriores obligaciones, las cuales deberán acatarse durante la etapa de instalación, operación, desmantelamiento, abandono y terminación del proyecto y además a las estipuladas en las Resoluciones Nos. 0121 de 12 de febrero de 2003 y 0806 de 8 de agosto de 2005.

ARTICULO CUARTO.- Cualquier cambio en el proyecto que no sea sometido a aprobación de la C.R.C., le acarreará al titular de la licencia ambiental las sanciones previstas en la Ley 1333 de 2009 o en las normas que la modifiquen, aclaren o adicionen.

ARTICULO QUINTO.- La Licencia Especial Minera, de materiales de Construcción CEM-156, tiene una vigencia hasta el 28 de septiembre de 2013; por lo tanto, es necesario que el Titular de ella la amplíe o prorrogue hasta por el mismo término del Contrato de Concesión No. JBF-08001X , ya que en el evento

de culminarse la licencia especial CEM-156 la Licencia Ambiental solo amparará el área del Contrato de Concesión No. JBF-08001X, por el mismo tiempo o el de sus prorrogas.

ARTICULO SEXTO.- Los artículos de las Resoluciones No. 0121 de 12 de febrero de 2003 y 0806 de 8 de agosto de 2005, que no contravengan lo dispuesto en este acto administrativo conservaran su plena vigencia.

ARTICULO SEPTIMO.- El beneficiario de la presente Licencia Ambiental no podrá cederla sin previa autorización de la CRC.

Parágrafo: En caso de realizar cambio de razón social, el beneficiario deberá informar a la CRC en forma inmediata dicho cambio, aportando el respectivo certificado de existencia y representación legal en donde conste dicha modificación. Sin este requisito no se tramitará ningún tipo de permiso ambiental y será causal para adelantar el respectivo procedimiento sancionatorio en contra del titular de la licencia ambiental.

ARTICULO OCTAVO.- El presente Acto Administrativo deberá notificarse al señor **MARCO JAVIER GAVIRIA SILVA**, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 10.537.966, en calidad de representante legal de la sociedad **CONSTRUCCIONES Y EXPLOTACION DE MATERIALES PETREOS S.A. - CONEXPE S.A,** con NIT No. 817.007.557-6, en los términos del artículo 71 de la Ley 99 de 1993, en concordancia con los artículos 44 y 45 del Código Contencioso Administrativo, en forma personal, o en su defecto por edicto fijado después de la citación, por un término de diez (10) días hábiles, en lugar público de la sede de la Corporación Autónoma Regional del Cauca CRC.

Para efectos de citación y notificación, oficiar al aludido señor en la Carrera 5 No. 52N-21, Casa 4, Guayacanes del Río, de la Ciudad de Popayán, Departamento del Cauca.

RESOLUCION No 2837

(13 NOV 2012)

ARTICULO NOVENO.- Contra el presente acto administrativo procede, por vía gubernativa, ante el Director General, el recurso de reposición el cual podrá interponerse dentro de los Cinco (5) días siguientes a la diligencia de notificación personal a la desfijación del edicto si a ello hubiere lugar y con plena observancia de los requisitos que establecen los artículos 51 y 52 del Decreto 01 de 1984 (Código Contencioso Administrativo).

ARTICULO DECIMO.- De conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 99 de 1993, y el artículo 45 del C.C.A., este acto debe publicarse en el Boletín Oficial de la CRC.

ARTICULO DECIMO PRIMERO.- Remítase copia de la presente resolución a la Subdirección de Patrimonio Ambiental para su seguimiento y control, al interesado y al expediente.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria. 13 NOV 2012

NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Popayán, a los

LUIS ALBEIRO VILLAQUIRAN BURBANO
Director General C.R.C.

Proyectó: Carlos Vivas - Abogado POEIAT – Noviembre 6 de 2012
Revisó parte técnica: Cesar Vasquez
Revisó y Ajustó: Zully Martinez
Revisó: Francisco Vidal/Seveling Luge

CANTERA

MARIA EUCARIS LEON DE MANZANO

PUEBLILLO ALTO

Corporación Autónoma Regional del Cauca
NIT: 891.501.885-4
PBX: (60-2) 8333232
Web: **crc.gov.co**

150

Popayán,

COMUNICACIONES DESPACHADAS - OFICIOS
SGA-609-2025
Fecha: 22-01-2025
Hora: 08:25 AM

Ingeniera:
CLAUDIA PATRICIA CORTES OROZCO
Ingeniera Ambiental de Obra
Correo: obraaulasamigables@gmail.com

Señores Consorcio Interventoría
Correo: consorciointerventores2025@gmail.com

Asunto: Respuesta oficio radicado SGA-307-205 del 10 de enero de 2025, y SP -7-2025 consulta estado vigencia licencia ambiental Resolución 0610 de 1995 otorgada a la señora MARIA EUCARIS LEÓN DE MANZANO.

Cordial saludo,

Una vez revisada la base de datos de licencias ambientales de la CRC, consultado el estado jurídico de la señora MARIA EUCARIS LEÓN DE MANZANO.me permito certificar:

Que la señora MARIA EUCARIS LEÓN DE MANZANO, identificada con la cédula de ciudadanía No 34.524.542 de Popayán, propietaria de la Licencia Ambiental otorgada mediante Resolución No 610 del 3 de noviembre de 1995, se encuentra activa, sin medidas preventivas, y puede ser utilizada como proveedor de materiales pétreos.

La presente certificación tiene una vigencia de seis meses a partir de la fecha de su radicado.

Institucionalmente;

FABIAN FABRICIO BONILLA MUÑOZ
Subdirector de Gestión Ambiental CRC

Proyectó: Lilly Milena Ibarra Perdomo P.U CRC- Diver Francisco Delgado Dorado P.U CRC
Revisó: Fabián Fabricio Bonilla Muñoz

CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA C.R.C.

SUBDIRECCION DE GESTION AMBIENTAL

PROGRAMA DE LICENCIAS AMBIENTALES

RESOLUCION No. 0610 DE 1995

3 NOV. 1995

Por medio de la cual se otorua una Licencia Ambiental ordinaria a MARIA EUCARIS LEON DE MANZANO - CANTERA ROCA MUERTA "CHARCO HONDO".

El Director General de la Corporación Autónoma Regional del Cauca - C.R.C.- en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en la Ley 99 de 1994 y en el Decreto 1753 DE 1994, Y

C O N S I D E R A N D O :

Que la señora MARIA EUCARIS LEON MANZANO, identificada con la cédula de ciudadania No.34.524.542 de Popayán, quien obra en su propio nombre y como propietaria de una mina de roca muerta, a través de escrito recibido por esta CORPORACION el dia 16 de Marzo de 1995, bajo el radicado No.31278, solicita el otorgamiento de una LICENCIA AMBIENTAL ORDINARIA, para realizar la actividad minera de exploración y explotación de la mina de roca muerta denominada Charco Hondo, ubicada en el sector de Pueblillo Alto, Municipio de Popayán, Departamento del Cauca.

Que con fecha 28 de marzo de 1995 se expide el Auto en el cual se admite, radica y avoca el conocimiento de la mencionada solicitud por encontrarla ajustada a derecho, el cual se notifica y publica en la forma prevista en el artículo 70 de la Ley 99 de 1.993.

Que mediante Auto de fecha 3 de abril de 1995, el Subdirector de Gestión Ambiental, ordena la comisión para la práctica de la visita ocular, se rinda el informe respectivo y se determinen los Términos de Referencia.

Escaneado con CamScanner

CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA C.R.C.

Que con fecha 20 de abril de 1995, los funcionarios comisionados. rinden el informe el cual se hace necesario ampliarlo y es complementado con el del 8 de junio del mismo año en donde se fijan los Términos de Referencia que fueron enviados por el Subdirector de Gestión Ambiental a la interesada en la misma fecha.

Que el Plan de Manejo Ambiental (P.M.A), fue presentado y recibido por ésta Corporación el 13 de Julio de 1995, elaborado por T.M. Hernan Alonso Mejía Riveira a nombre de la propietaria de la misma.

Que con fecha 24 de julio de 1995, se expide auto emanado de la Subdirección de Gestión Ambiental, ordenando el estudio, evaluación y concepto técnico del Plan de manejo Ambiental (P.M.A).

Que el informe de evaluación y concepto técnico del Plan de Manejo Ambiental en comento fue presentado el 31 de agosto de 1995, por los funcionarios asignados en el cual manifiestan, " luego de la evaluación del Plan de Manejo Ambiental se puede determinar que : de acuerdo a lo presentado es posible darle viabilidad ambiental al proyecto".

Que el expediente ha sido tramitado con sujeción a las normas legales vigentes.

Que por lo expuesto anteriormente y acogiendo los conceptos técnicos, se

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO : OTORGAR LICENCIA AMBIENTAL ORDINARIA. a la señora MARIA EUCARIS LEON DE MANZANO, identificada con la cédula de ciudadania No.34.524.542 de Popayán, quien obra en su propio nombre, para realizar la actividad minera de exploración y explotación de la misma roca muerta denominada Charco Hondo, ubicada en la Vereda de Pueblillo Alto, Municipio de Popayán, Departamento del Cauca.

Escaneado con CamScanner

ARTICULO SEGUNDO : El objetivo del proyecto se trata de una explotación a cielo abierto de roca muerta y según el Plan de Manejo "se ha diseñado un sistema de extracción del material en forma técnica", "orientada a una producción óptima y riesgos de efectos ambientales ampliamente disminuidos". "Cuenta con una extensión de 46.000 mts²; la explotación se hará con un avance norte - sur, en bancos escalonados, en la primera etapa se realizará el descapote o recolección de la capa vegetal, que tiene unos 25 centímetros de espesor, con aproximadamente 5.000 mts³ de capa vegetal total en el área. Para el depósito de esta capa vegetal se ha diseñado un botadero de 800 mts³ de capacidad, proyectado para los dos (2) primeros años de explotación, posteriormente se volverá a depositar esta capa vegetal, una vez nivelados los bancos en la explotación para luego ser reforestados.

Al pie del primer banco inferior en la explotación, se dejará una berma de seguridad con canal para que las aguas lluvias corran sin afectar el talud; luego una vía de 6,5 metros de ancho, suficiente para el tráfico de las volquetas; y al final, al costado de la carretera, otra berma con canal para evitar que algunas particulas de material de la explotación se vayan hacia el rio, como también prevenir derrumbes y accidentes en la vía.

La maquinaria a utilizar en esta actividad será: Una (1) retroexcavadora, volquetas de tres (3) mts³ de capacidad, un (1) buldozer; no se utilizará explosivos en el arranque del material. Los equipos se emplearán para el arranque, cargue y nivelación del material.

ARTICULO TERCERO : La beneficiaria queda sometida a las siguientes obligaciones:

1. Los depósitos utilizados para la colocación del material vegetal, deben estar protegidos con barreras de piedra o madera, para evitar el escurrimiento en las épocas de lluvia.

2. Por cada frente de explotación se debe ubicar una red de drenaje para la evacuación de las aguas residuales, colocando cada 50 mt una trampa o trincho para los sedimentos, estas trampas pueden ser en madera o piedra.

Escaneado con CamScanner

3. Debido al tráfico pesado en el movimiento de material que se va a realizar en la explotación. Se hace necesaria proteger el talud que bordea la carretera. Para ello se debe construir trinchas o mochones de seguridad para su protección.

4. Cuando se haga la recuperación del terreno se debe utilizar en lo posible, las mismas especies nativas encontradas al inicio del proyecto, porque el objetivo que se debe tener es el de preservar y conservar los recursos naturales.

5. No deben utilizarse explosivos para la labor de extracción del material. Esta debe realizarse con retroexcavadora u otro método mecanizado.

6. No se permitirá bajar de la cota actual que es la 1758 m.s.n.m. para proteger las redes subterráneas del acueducto.

7. Solicitar y obtener ante la C.R.C., los permisos, concesiones, y autorizaciones para el uso o aprovechamiento de los recursos naturales, en caso de necesitarlos para el desarrollo del proyecto.

8. En caso de detectarse durante el tiempo de desarrollo del Proyecto, efectos no previstos, se deberá informar de manera inmediata a la C.R.C., a fin de que determine y exija la adopción de las medidas correctivas que estime convenientes; el incumplimiento de esta medida será causal para la aplicación de las sanciones a que haya lugar.

9. Cumplir de manera rigurosa con todo lo establecido en el Plan de Manejo Ambiental.

ARTICULO CUARTO: La beneficiaria de la Licencia Ambiental deberá suscribir con una Compañía aseguradora una póliza de cumplimiento en favor de la C.R.C. por un valor de SEIS MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL QUINIENTOS PESOS ($6.913.500,00) M/CTE., correspondiente al treinta por ciento (30%) del valor anual del Plan de Manejo, esta deberá ser renovada anualmente y tendrá vigencia durante la vida útil del proyecto.

Escaneado con CamScanner

CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA C.R.C.

ARTICULO QUINTO: La Licencia Ambiental ordinaria que se otorga, tendrá una vigencia igual a la duración del proyecto, y no ampara ningún tipo de obras o actividades diferentes a las descritas en los documentos y planos que hacen parte integrante de éste proveído.

ARTICULO SEXTO: LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL CAUCA C.R.C, en coordinación con las autoridades municipales respectivas, ejercerá las labores de seguimiento y monitoreo ambiental, para controlar y asegurar el cumplimiento de las obligaciones impuestas.

ARTICULO SEPTIMO : El incumplimiento de la presente resolución acarreará al infractor, la imposición de sanciones previstas en el artículo 85 de la Ley 99 de 1993, incluyendo la revocatoria de la Licencia Ambiental Otorgada.

ARTICULO OCTAVO : Para su conocimiento y estricto cumplimiento remítanse copias de este proveído a la Oficina de Planeación Municipal de Popayán, a la Secretaría de Salud Pública Departamental del Cauca, a la Procuraduría Delegada para asuntos ambientales y Agrarios a la Subdirección de Gestión Ambiental Programa de Licencias Ambientales y a la Defensoría del Pueblo.

ARTICULO NOVENO : Contra la presente resolución, proceden los recursos de reposición ante el Director General y apelación ante el Ministerio del Medio Ambiente, de los cuales podrá hacerse uso dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

Dada en Popayán a los 3 NOV. 1995

COPIESE, NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE.

LARRY OLMEDO GUERRERO MARTINEZ
Director General C.R.C.

MOSLEY ZUÑIGA MUÑOZ
Secretario General (E)

Hb.

Escaneado con CamScanner

CONTRATO DE CONCESION PARA LA EXPLORACION Y EXPLOTACION DE MATERIALES DE CONSTRUCCION No. EGU-111 CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE GEOLOGIA Y MINERIA Y EUCARIS LEON DE MANZANO Y JUAN ANTONIO MANZANO GARZON.

Entre los suscritos, **INSTITUTO COLOMBIANO DE GEOLOGIA Y MINERIA INGEOMINAS,** establecimiento público del Orden Nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Minas y Energía, representado en este acto por su Director de Servicio Minero el Dr. **JOSE HERNAN VALENCIA VALENCIA,** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 70.080.816 de Medellín debidamente facultado para la celebración de este contrato, de conformidad con el Decreto No. 252 de 2004, la Resolución No. 18 0074 del 27 de enero de 2004 emanada del Ministerio de Minas y Energía y la Resolución No. 215 del 11 de marzo de 2004 emanada del INGEOMINAS, en adelante llamada **LA CONCEDENTE** de una parte, y **EUCARIS LEON DE MANZANO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 34.524.542 de Popayán, y **JUAN ANTONIO MANZANO GARZON,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.519.841 de Popayán, de la otra parte, en adelante llamada **EL CONCESIONARIO,**, acuerdan celebrar un contrato de concesión, con base en la facultad otorgada a LA CONCEDENTE en el artículo 317 del Código de Minas – Ley 685 de 2.001, y por la Resolución No. 18 0074 del 27 de enero de 2004, mediante la cual se delegaron unas funciones en INGEOMINAS., el cual se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA.- Objeto.** El presente contrato tiene por objeto la realización por parte de EL CONCESIONARIO de un proyecto de exploración técnica y explotación económica, de un yacimiento de **MATERIALES DE CONSTRUCCION** en el área total descrita en la cláusula segunda de este contrato, así como los que se hallaren asociados o en liga íntima o resultaren como subproductos de la explotación. EL CONCESIONARIO tendrá la libre disponibilidad de los minerales objeto del contrato de concesión que llegue a extraer en cumplimiento del Programa de Trabajos y Obras, aprobado por LA CONCEDENTE. Los minerales *In Situ* son del Estado Colombiano; y una vez extraídos, serán de propiedad de EL CONCESIONARIO. **PARAGRAFO.- Adición al Objeto de la Concesión.** Cuando por los trabajos de exploración o explotación se encontraren minerales distintos de los que son objeto del presente contrato y que no se encontraren en las circunstancias señaladas en el Artículo 61 del Código de Minas, EL CONCESIONARIO podrá solicitar que su concesión se extienda a dichos minerales sin más trámite o formalidad que la suscripción de un acta adicional que se anotará en el Registro Minero Nacional. Esta adición no modificará ni extenderá los plazos establecidos en el contrato original y, si a ello hubiere lugar, EL CONCESIONARIO, solicitará la correspondiente ampliación o modificación de la Licencia Ambiental que cubra los minerales objeto de la adición, en el caso de que los impactos ambientales de estos, sean diferentes de los

Escaneado con CamScanner

objeto del presente contrato está comprendida por la siguiente alinderación, definida por puntos, rumbos, distancias y coordenadas:

Descripción del Punto Arcifinio: Puente de carretera a Pueblillo con cruce del Río Molino.

ALINDERACION DE LA ZONA NUMERO 1

PUNTO INICIAL	PUNTO FINAL	RUMBO	DISTANCIA	COORDENADA NORTE INICIAL	COORDENADA ESTE INICIAL
PA	1	S47-33-58.46E	141.82	762065.690	1055627.330
1	2	S77-55-34.20W	191.23	761970.000	1055732.000
2	3	S19-58-59.18E	117.05	761930.000	1055545.000
3	4	S46-32-53.36E	130.86	761820.000	1055585.000
4	5	N61-16-46.82E	83.24	761730.000	1055680.000
5	6	N53-16-01.82E	83.60	761770.000	1055753.000
6	1	N30-23-55.41W	173.91	761820.000	1055820.000

Plancha IGAC DEL P.A. No. 342-4-D-4

El área total antes descrita está ubicada en jurisdicción del Municipio de POPAYAN, Departamento de CAUCA y comprende una extensión superficiaria total de **3 hectáreas y 9770 metros(2)** distribuidas en una zona, la cual se representa gráficamente en el plano topográfico, el cual es el Anexo No.1 de este contrato y hace parte del mismo. Queda entendido que el área se entrega como cuerpo cierto, en consecuencia EL CONCESIONARIO no tendrá derecho a reclamo alguno en el evento de que la extensión comprendida dentro de los linderos antes indicados, sea mayor o menor que la enunciada o calculada en este contrato. LA CONCEDENTE no se compromete para con EL CONCESIONARIO a ninguna obligación de saneamiento por evicción o vicios redhibitorios sobre el área contratada. Al finalizar el período de Exploración, EL CONCESIONARIO deberá presentar la delimitación definitiva de la zona del área contratada que va a quedar vinculada a los trabajos y obras de explotación, más las obras estrictamente necesarias para el beneficio, transporte interno, servicios de apoyo y obras de carácter ambiental, para lo cual se deberán tener en cuenta los valores, ubicación y cálculo de las reservas existentes al igual que la producción esperada en el Programa de Trabajos y Obras. Con oportunidad de esta delimitación, EL CONCESIONARIO estará obligado a devolver, en lotes continuos o discontinuos las partes del área que no serán ocupadas por los trabajos y obras mencionados. El área retenida deberá estar constituida por una extensión continua, que será inscrita en el Registro Minero Nacional. En todo caso no se permitirá retener áreas que no sean económicamente explotables. **CLAUSULA TERCERA. - Valor del Contrato.** El presente contrato al momento de suscribirse es de valor indeterminado. Para efectos fiscales su valor se definirá con cada pago o abono en cuenta determinado sobre las contraprestaciones a favor del Estado, de acuerdo con la cláusula sexta. **CLAUSULA CUARTA- Duración del Contrato y Etapas.** El presente contrato tendrá una duración total de veintisiete (27) años y cinco (5) meses, contados a partir de la fecha de su inscripción en el Registro Minero Nacional, y para cada etapa así: -a) Plazo para Exploración: Cinco (5) meses contados a partir de su

Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

Para constancia se firma este contrato por los que en él intervienen, en dos (2) ejemplares del mismo tenor, en la ciudad de Bogotá D.C. a los días del mes de de 2004.

26 JUL 2004

LA CONCEDENTE

JOSE HERNAN VALENCIA VALENCIA
Director del Servicio Minero

EL CONCESIONARIO

EUCARIS LEON DE MANZANO
345245 42

JUAN ANTONIO MANZANO GARZON

Elaboró: SANDRA MONICA BARRIGA BALMA – Abogada

Revisó: Dra. MYRIAM VARGAS BARRANTES – Subdirectora Contratación y Titulación

EGU-111

Libertad y Orden

Libertad y Orden

Escaneado con CamScanner

Consejo Superior de la Judicatura Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)	**RELACIÓN RESIDUOS GENERADOS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO**	SIGCMA - Coordinación Nacional

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CONSORCIO HD 2025**	**SEDE**	LUIS CARLOS PEREZ	**N° CONTRATO**	28 DE2025

FECHA DE GENERACIÓN	**TIPO DE RESIDUO**	**DESCRIPCIÓN DE RESIDUO**	**CANTIDAD EN KG GENERADA**	**FECHA DE ENTREGA AL GESTOR EXTERNO**	**NOMBRE DEL GESTOR**	**N° DE MANIFIESTO**
noviembre - Palacio de justicia - Luis Carlos Perez - Popayán	RCD	CIELO RASO DESMONTADO	2156.86	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Luis Carlos Perez - Popayán	RCD	POLVO DE RASQUETEADA	2.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Luis Carlos Perez - Popayán	RCD	DEMOLICION DE ENCHAPE DE PISO	144.67	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Luis Carlos Perez - Popayán	RCD	DEMOLICION ENCHAPE BAÑOS	468.60	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Luis Carlos Perez - Popayán	RCD	EXCAVACION RED - RETIROS EXISTENTES BODEGA	154219.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Luis Carlos Perez - Popayán	RCD	DEMOLICION PAVIMENTO	45000.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2026	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD

CÓDIGO F-EVSG-32	**ELABORÓ** LÍDER DEL PROCESO	**REVISÓ** CENDOJ – SIGCMA	**APROBÓ** COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	**FECHA** 14/07/2023	**FECHA** 24/01/2024	**FECHA** 25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)	**RELACIÓN RESIDUOS GENERADOS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO**	SIGCMA - Coordinación Nacional

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CONSORCIO HD 2025**	**SEDE**	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	**N° CONTRATO**	28 DE 2025

FECHA DE GENERACIÓN	**TIPO DE RESIDUO**	**DESCRIPCIÓN DE RESIDUO**	**CANTIDAD EN KG GENERADA**	**FECHA DE ENTREGA AL GESTOR EXTERNO**	**NOMBRE DEL GESTOR**	**N° DE MANIFIESTO**
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	POLVO DE RASQUETEADA	2.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	DEMOLICION DE ENCHAPE DE PISO	4149.66	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	DEMOLICION ENCHAPE BAÑOS	1685.80	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	EXCAVACIONES RED DOMICILIARIA - SUMIDERO - TUBERIA - PARQUEADERO	150527.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2026	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	DEMOLICION PARQUEADERO	53460.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2027	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD

CÓDIGO F-EVSG-32	**ELABORÓ** LÍDER DEL PROCESO	**REVISÓ** CENDOJ – SIGCMA	**APROBÓ** COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	**FECHA** 14/07/2023	**FECHA** 24/01/2024	**FECHA** 25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)	**RELACIÓN RESIDUOS GENERADOS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO**	SIGCMA - Coordinación Nacional

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CONSORCIO HD 2025**	**SEDE**	EL TAMBO	**N° CONTRATO**	28 DE 2025

FECHA DE GENERACIÓN	**TIPO DE RESIDUO**	**DESCRIPCIÓN DE RESIDUO**	**CANTIDAD EN KG GENERADA**	**FECHA DE ENTREGA AL GESTOR EXTERNO**	**NOMBRE DEL GESTOR**	**N° DE MANIFIESTO**
noviembre - Palacio de justicia - El tambo	RCD	POLVO DE RASQUETEADA	2.00	ACOPIADO EN OBRA - SIN RETIRO		

CÓDIGO F-EVSG-32	**ELABORÓ** LÍDER DEL PROCESO	**REVISÓ** CENDOJ – SIGCMA	**APROBÓ** COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	**FECHA** 14/07/2023	**FECHA** 24/01/2024	**FECHA** 25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)	**RELACIÓN RESIDUOS GENERADOS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO**	SIGCMA - Coordinación Nacional

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CONSORCIO HD 2025**	**SEDE**	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	**N° CONTRATO**	28 DE 2025

FECHA DE GENERACIÓN	**TIPO DE RESIDUO**	**DESCRIPCIÓN DE RESIDUO**	**CANTIDAD EN KG GENERADA**	**FECHA DE ENTREGA AL GESTOR EXTERNO**	**NOMBRE DEL GESTOR**	**N° DE MANIFIESTO**
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	POLVO DE RASQUETEADA	2.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	DEMOLICION DE ENCHAPE DE PISO	4149.66	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	DEMOLICION ENCHAPE BAÑOS	1685.80	10-30 NOVIEMBRE DE 2025	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	EXCAVACIONES RED DOMICILIARIA - SUMIDERO - TUBERIA - PARQUEADERO	150527.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2026	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD
noviembre - Palacio de justicia - Francisco de paula santander	RCD	DEMOLICION PARQUEADERO	53460.00	10-30 NOVIEMBRE DE 2027	SIMON BOLIVAR ROMO	ACTA DE ENTREGA Y RECIBO DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION-RCD

CÓDIGO F-EVSG-32	**ELABORÓ** LÍDER DEL PROCESO	**REVISÓ** CENDOJ – SIGCMA	**APROBÓ** COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	**FECHA** 14/07/2023	**FECHA** 24/01/2024	**FECHA** 25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)	**RELACIÓN RESIDUOS GENERADOS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO**	SIGCMA - Coordinación Nacional

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CONSORCIO HD 2025**	**SEDE**	PUERTO TEJADA	**N° CONTRATO**	28 DE 2025

FECHA DE GENERACIÓN	**TIPO DE RESIDUO**	**DESCRIPCIÓN DE RESIDUO**	**CANTIDAD EN KG GENERADA**	**FECHA DE ENTREGA AL GESTOR EXTERNO**	**NOMBRE DEL GESTOR**	**N° DE MANIFIESTO**
noviembre - Palacio de justica - Puerto Tejada	RCD	TEJA DESMONTADA DE CUBIERTA	88.90	7-10 NOVIEMBRE DE 2025	ESAI SAS	CONSTACNCIA DE GESTION INTEGRAL DE RCD No 3.585
noviembre - Palacio de justica - Puerto Tejada	RCD	DESMONTE CIELO RASO SUPERBOARD 6MM	94.63	7-10 NOVIEMBRE DE 2025	ESAI SAS	CONSTACNCIA DE GESTION INTEGRAL DE RCD No 3.585
noviembre - Palacio de justica - Puerto Tejada	RCD	POLVO DE RASQUETEADA	2.00	7-10 NOVIEMBRE DE 2025	ESAI SAS	CONSTACNCIA DE GESTION INTEGRAL DE RCD No 3.585
noviembre - Palacio de justica - Puerto Tejada	RCD	DEMOLICION PISO EN PIEDRA	86140.00	7-10 NOVIEMBRE DE 2025	ESAI SAS	CONSTACNCIA DE GESTION INTEGRAL DE RCD No 3.585
noviembre - Palacio de justica - Puerto Tejada	RCD	MATERIAL DE EXCAVACION	49660.00	7-10 NOVIEMBRE DE 2025	ESAI SAS	CONSTACNCIA DE GESTION INTEGRAL DE RCD No 3.585

CÓDIGO F-EVSG-32	**ELABORÓ** LÍDER DEL PROCESO	**REVISÓ** CENDOJ – SIGCMA	**APROBÓ** COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	**FECHA** 14/07/2023	**FECHA** 24/01/2024	**FECHA** 25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)	**RELACIÓN RESIDUOS GENERADOS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO**	SIGCMA - Coordinación Nacional

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CONSORCIO HD 2025**	**SEDE**	SANTANDER DE QUILICHAO	**N° CONTRATO**	28 DE 2025

FECHA DE GENERACIÓN	**TIPO DE RESIDUO**	**DESCRIPCIÓN DE RESIDUO**	**CANTIDAD EN KG GENERADA**	**FECHA DE ENTREGA AL GESTOR EXTERNO**	**NOMBRE DEL GESTOR**	**N° DE MANIFIESTO**
Noviembre - Palacio de justicia - Santander de quilichao	RCD	POLVO DE RASQUETEADA	2.00	ACOPIADO EN OBRA SIN ENTREGAR		
Noviembre - Palacio de justicia - Santander de quilichao	RCD	DEMOLICION ENCHAPE BAÑOS	145.20			

CÓDIGO F-EVSG-32	**ELABORÓ** LÍDER DEL PROCESO	**REVISÓ** CENDOJ – SIGCMA	**APROBÓ** COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	**FECHA** 14/07/2023	**FECHA** 24/01/2024	**FECHA** 25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)

CONTROL MENSUAL DE RESIDUOS DE MANTENIMIENTO (MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO)

SIGCMA - Coordinación Nacional -

Sede: EL TAMBO | Diligenciado por: YESSY CORTES | Cargo: ING AMBIENTAL - CONTRATISTA | Año: 2025

ACUMULADO ANUAL (kg)

N° Contrato	Tipo de Residuo	Descripción del residuo	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	TOTAL (Kg)
28 DE 2025	RCD	POLVO DE RASQUETEADA											2		2
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
Total Kilogramos			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2.00

CÓDIGO	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
F-EVSG-30	LÍDER DEL PROCESO	COORDINACIÓN NACIONAL DEL SIGCMA	COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN	**FECHA**	**FECHA**	**FECHA**
01	15/11/2023	24/01/2024	25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)

CONTROL MENSUAL DE RESIDUOS DE MANTENIMIENTO (MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO)

SIGCMA - Coordinación Nacional -

Sede: FPS | Diligenciado por: YESSY CORTES | Cargo: ING AMBIENTAL - CONTRATISTA | Año: 2025

ACUMULADO ANUAL (kg)

N° Contrato	Tipo de Residuo	Descripción del residuo	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	TOTAL (Kg)
28 DE 2025	RCD	POLVO DE RASQUETEADA											2.00		2
28 DE 2025	RCD	DEMOLICION DE ENCHAPE DE PISO											4149.66		4.150
28 DE 2025	RCD	DEMOLICION ENCHAPE BAÑOS											1685.80		1.686
28 DE 2025	RCD	EXCAVACIONES RED DOMICILIARIA - SUMIDERO - TUBERIA - PARQUEADERO											150527.00		150.527
28 DE 2025	RCD	DEMOLICION PARQUEADERO											53460.00		53.460
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
Total Kilogramos			**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**209824.46**	**0**	**209.824.46**

CÓDIGO	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
F-EVSG-30	LÍDER DEL PROCESO	COORDINACIÓN NACIONAL DEL SIGCMA	COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN	**FECHA**	**FECHA**	**FECHA**
01	15/11/2023	24/01/2024	25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)

CONTROL MENSUAL DE RESIDUOS DE MANTENIMIENTO (MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO)

SIGCMA - Coordinación Nacional -

Sede: LUIS CARLOS PEREZ | Diligenciado por: YESSY CORTES | Cargo: ING AMBIENTAL - CONTRATISTA | Año: 2025

ACUMULADO ANUAL (kg)

N° Contrato	Tipo de Residuo	Descripción del residuo	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	TOTAL (Kg)
28 DE 2025	RCD	CIELO RASO DESMONTADO											2156.86		2.157
28 DE 2025	RCD	POLVO DE RASQUETEADA											2.00		2
28 DE 2025	RCD	DEMOLICION DE ENCHAPE DE PISO											144.67		145
28 DE 2025	RCD	DEMOLICION ENCHAPE BAÑOS											468.60		469
28 DE 2025	RCD	EXCAVACION RED - RETIROS EXISTENTES BODEGA											154219.00		154.219
28 DE 2025	RCD	DEMOLICION PAVIMENTO											45000.00		45.000
															0
															0
															0
															0
															0
															0
Total Kilogramos			**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**201991.134**	**0**	**201.991.13**

CÓDIGO	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
F-EVSG-30	LÍDER DEL PROCESO	COORDINACIÓN NACIONAL DEL SIGCMA	COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	**FECHA** 15/11/2023	**FECHA** 24/01/2024	**FECHA** 25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)

CONTROL MENSUAL DE RESIDUOS DE MANTENIMIENTO (MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO)

SIGCMA - Coordinación Nacional -

Sede: PUERTO TEJADA | Diligenciado por: YESSY CORTES | Cargo: ING AMBIENTAL - CONTRATO | Año: 2025

ACUMULADO ANUAL (kg)

N° Contrato	Tipo de Residuo	Descripción del residuo	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	TOTAL (Kg)
28 DE 2025	RCD	TEJA DESMONTADA DE CUBIERTA											88.90		89
28 DE 2025	RCD	DESMONTE CIELO RASO SUPERBOARD 6MM											94.63		95
28 DE 2025	RCD	POLVO DE RASQUETEADA											2.00		2
28 DE 2025	RCD	DEMOLICION PISO EN PIEDRA											86140.00		86.140
28 DE 2025	RCD	MATERIAL DE EXCAVACION											49660.00		49.660
															0
															0
															0
															0
															0
															0
Total Kilogramos			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	135985.5	0	135.985.52

CÓDIGO	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
F-EVSG-30	LÍDER DEL PROCESO	COORDINACIÓN NACIONAL DEL SIGCMA	COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN	**FECHA**	**FECHA**	**FECHA**
01	15/11/2023	24/01/2024	25/01/2024

Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Ejecutiva de Administración Judicial (DEAJ)

CONTROL MENSUAL DE RESIDUOS DE MANTENIMIENTO (MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO)

SIGCMA - Coordinación Nacional -

Sede: SANTANDER DE QUILICHAO | Diligenciado por: YESSY CORTES | Cargo: ING AMBIENTAL - CONTRATISTA | Año: 2025

ACUMULADO ANUAL (kg)

N° Contrato	Tipo de Residuo	Descripción del residuo	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	TOTAL (Kg)
28 DE 2025	RCD	POLVO DE RASQUETEADA											2.00		2
28 DE 2025	RCD	DEMOLICION ENCHAPE BAÑOS											145.20		145
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
Total Kilogramos			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	147.2	0	**147.20**

CÓDIGO	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
F-EVSG-30	LÍDER DEL PROCESO	COORDINACIÓN NACIONAL DEL SIGCMA	COMITÉ NACIONAL DEL SIGCMA
VERSIÓN	**FECHA**	**FECHA**	**FECHA**
01	15/11/2023	24/01/2024	25/01/2024

INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

CONTRATO DE OBRA No 28 DE 2025 del 17/09/2025

CON OBJETO: REALIZAR LAS OBRAS CIVILES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS PARA EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LAS DIFERENTES SEDES DE LOS PALACIOS DE JUSTICIA DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN.
LOCALIZACIÓN: PALACIOS DE JUSTICIA DE: CORINTO, CALOTO, EL TAMBO, EL BORDO, PUERTO TEJADA, GUAPI, SANTANDER DE QUILICHAO, LUIS CARLOS PÉREZ, FRANCISCO DE PAULA SANTANDER Y JUZGADO DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA ADOLESCENTES EN POPAYÁN.

ELABORADO POR:
ING. ANDRES FELIPE VELASCO QUINTERO

CONTENIDO

1.	Introducción----------	3
1.1	Objetivo y alcance del proceso----------	3
2.	Marco normativo----------	4
3.	Seguimiento de obra----------	5
3.1	Gestión de la seguridad y salud en el trabajo----------	5
3.1.1	Gestión de peligros y riesgos----------	6
3.1.2.	Relación personal en obra, verificación de planillas, soportes de afiliación y exámenes médicos de ingreso----------	6
3.1.2.1	Personal en obra afiliado en el mes de noviembre por el contratista----------	7
3.1.2.2	Personal retirado en el mes de noviembre por el contratista----------	9
3.1.2.3	Relación de planillas de pago de seguridad social del mes de noviembre--------	13
3.1.3.	Capacitación e inducción de personal----------	13
3.1.3.1	Registro fotográfico----------	19
3.1.4	Permiso de trabajo en alturas----------	25
3.1.4.1	Registro fotográfico----------	26
3.1.5	Registro entrega de elementos de protección personal EPP----------	27
3.1.5.1	Registro fotográfico ----------	28
3.1.6	Accidente de trabajo y/o enfermedad laboral----------	30
4.	Anexos----------	30

1. INTRODUCCIÓN

Este informe tiene como objetivo presentar el estado actual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en el proyecto: OBRAS CIVILES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS PARA EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LAS DIFERENTES SEDES DE LOS PALACIOS DE JUSTICIA DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN, en el mes de noviembre, en los palacios de justicia: LUIS CARLOS PÉREZ, FRANCISCO DE PAULA SANTANDER, PALACIO DE JUSTICIA DE SANTANDER DE QUILICHAO, PALACIO DE JUSTICIA DE PUERTO TEJADA, PALACIO DE JUSTICIA DE EL TAMBO Y JUZGADOS PARA ADOLESCENTES.

El informe incluye la descripción de las actividades realizadas dentro del 01 al 30 de noviembre de 2025, los avances en la implementación del sistema, la gestión de los peligros y riesgos priorizados, así como las medidas de prevención y control adoptadas. De igual manera, se consolidan las evidencias relacionadas con la gestión documental, los procesos de inducción y capacitación, la entrega de elementos de protección personal (EPP) y la participación del personal en las diferentes actividades de prevención.

La gestión del SG-SST busca fortalecer la cultura del autocuidado y la prevención, promoviendo entornos laborales seguros y saludables, bajo los principios de mejora continua, liderazgo y participación activa de todos los trabajadores involucrados en el proyecto.

1.1. OBJETIVO Y ALCANCE DEL PROCESO

OBJETIVO:

Establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) efectivo dentro del proyecto de mantenimiento y mejoramiento de las sedes judiciales del Distrito Judicial de Popayán, de acuerdo con los requisitos del decreto 1072 de 2015 y los estándares mínimos aplicables al proyecto denominado: OBRAS CIVILES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS PARA EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN LAS DIFERENTES SEDES DE LOS PALACIOS DE JUSTICIA DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN.

ALCANCE:

Indicar el estado del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), sus logros y resultados en el proyecto durante el mes de noviembre de 2025.

2. MARCO NORMATIVO

El desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en el proyecto de mantenimiento y mejoramiento de infraestructura física se fundamenta en el cumplimiento de la normatividad legal vigente en Colombia, la cual establece las disposiciones generales, responsabilidades y estándares mínimos para la promoción de ambientes laborales seguros y saludables.

El marco normativo que orienta la gestión del sistema durante la ejecución del proyecto está conformado por las siguientes disposiciones:

- **Ley 9 de 1979:** Código Sanitario Nacional, por el cual se establecen las normas para preservar, conservar y mejorar la salud de los trabajadores en los ambientes laborales.
- **Resolución 2400 de 1979:** Reglamenta las condiciones de seguridad industrial en los lugares de trabajo, estableciendo disposiciones sobre iluminación, ventilación, protección de maquinaria, señalización y orden y aseo.
- **Resolución 1016 de 1989:** Establece la organización, funcionamiento y responsabilidades de los programas de Salud Ocupacional en las empresas.
- **Ley 100 de 1993:** Crea el Sistema de Seguridad Social Integral, del cual hace parte el Sistema General de Riesgos Laborales.
- **Decreto 1072 de 2015:** Compila las normas del sector trabajo e incluye el Título 4, Capítulo 6, que regula el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), definiendo su estructura, etapas y responsabilidades.
- **Ley 1562 de 2012:** Modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y actualiza los conceptos de accidente de trabajo, enfermedad laboral y responsabilidad del empleador.

- **Resolución 0312 de 2019:** Establece los estándares mínimos del SG-SST que deben cumplir los empleadores, contratantes y contratistas, según el número de trabajadores y la clase de riesgo.
- **Resolución 1409 de 2012:** Reglamenta el trabajo seguro en alturas, determinando los niveles de formación, competencias y responsabilidades de los empleadores, trabajadores y coordinadores.
- **Resolución 4272 de 2021:** Define los lineamientos para la capacitación y reentrenamiento en trabajo seguro en alturas, así como los requisitos para los centros de entrenamiento y los niveles de certificación.
- **Resolución 2346 de 2007:** Regula la práctica de los exámenes médicos ocupacionales y la evaluación de las condiciones de salud de los trabajadores.
- **Resolución 1792 de 1990:** Adopta las tablas de valores límites permisibles para la exposición ocupacional a agentes químicos y físicos.

El cumplimiento de este marco normativo garantiza la adecuada gestión de la seguridad y salud en el trabajo, la prevención de incidentes y accidentes laborales, y el fortalecimiento de la cultura del autocuidado dentro del proyecto.

3. SEGUIMIENTO DE OBRA

3.1. GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Durante la ejecución del proyecto en el periodo del 1 al 30 de noviembre de 2025, se ha dado cumplimiento a la normatividad en seguridad y salud en el trabajo para el desarrollo de actividades por parte del contratista CONSORCIO HD 2025. Se han implementado medidas de control de riesgos, incluyendo la identificación de peligros prioritarios, la aplicación de protocolos de seguridad y el uso adecuado de elementos de protección personal (EPP).

Así mismo, se ha realizado la correcta señalización y la adopción de medidas preventivas frente a condiciones inseguras. Se han llevado a cabo capacitaciones e inducciones dirigidas a los trabajadores sobre la política de SST, reporte de incidentes y accidentes de trabajo y respuesta

ante emergencias, entro otras, con el objetivo de fortalecer la cultura de prevención en el equipo de trabajo.

En relación con la gestión documental, se han diligenciado los formatos de entrega de EPP, formatos de asistencia a inducción y capacitación y el permiso de trabajo en alturas, conforme a los lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de SST. Estas acciones han permitido mantener un entorno laboral seguro y minimizar los riesgos asociados a las actividades desarrolladas en la obra.

3.1.1. GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS

Durante el mes de noviembre de 2025 se realizó seguimiento a la matriz de peligros y valoración de riesgos, de acuerdo con los peligros identificados en ella. Como parte de este proceso, se evidenció la implementación de controles en los trabajadores, tales como el uso de elementos de protección personal y la participación en capacitaciones e inducciones con el fin de promover la seguridad. Estas acciones contribuyeron a la mitigación de los riesgos identificados. La matriz se encuentra en el Anexo SST-1 del presente informe y no ha tenido ningún tipo de modificación.

3.1.2. RELACIÓN DE PERSONAL EN OBRA, VERIFICACIÓN DE PLANILLA, SOPORTES DE AFILIACION Y EXAMENES MÉDICOS DE INGRESO

A continuación, se presenta el listado del personal activo y del personal nuevo vinculado al proyecto durante el mes de noviembre por parte del Consorcio HD 2025, correspondiente tanto al equipo profesional como al personal operativo de obra. Todo el personal cuenta con su respectiva afiliación al Sistema de Seguridad Social, y con los certificados de afiliación a la EPS, AFP y ARL, ver Anexos SST-2, SST-3 y SST-4, de acuerdo con los requisitos legales establecidos para el desarrollo de las actividades. Los certificados de afiliación del personal vinculado en octubre se encuentran en los anexos SST-2, SST-3, SST-4 del informe de dicho mes.

En el listado anexo del personal vinculado (ver Anexo SST-5) se incluyen además los datos médicos y de contacto de emergencia exigidos por la entidad contratante, garantizando la disponibilidad de la información básica necesaria para la atención de emergencias y el seguimiento en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Así mismo, se anexan los exámenes

médicos de ingreso de todos los trabajadores vinculados al proyecto durante el mes de noviembre, los cuales se presentan como Anexo SST-6**.**

3.1.2.1. PERSONAL EN OBRA EN EL MES DE NOVIEMBRE

- **PROFESIONALES DEL PROYECTO**

No.	NOMBRES	CEDULA	CARGO	EPS	AFP	ARL	NIVEL DE RIESGO
1	WILLIAM GIRALDO CERÓN	1.063.810.625	Ingeniero residente	Sanitas	Porvenir	SURA	5
2	MATEO GAVIRIA CARDONA	1.144.092.241	Ingeniero residente	SOS	Porvenir	SURA	5
3	UILMAR MONTENEGRO TROYANO	10.301.711	Ingeniero residente	SOS	Porvenir	SURA	5
4	YESSY CATALINA CORTES OROZCO	1.080.932.871	Ingeniera ambiental	Sanitas	Porvenir	SURA	5
5	VANESSA ALEXANDRA CARO	1.020.742.776	Apoyo SST	Sanitas	Colpensiones	SURA	5

- **SEDE: PALACIO NACIONAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**

No.	NOMBRES	CEDULA	CARGO	EPS	AFP	ARL	NIVEL DE RIESGO
1	DUMER IMBACHÍ ORDONEZ	4.403.688	Maestro de obra	EPS Familiar de Colombia	Porvenir	SURA	5
2	EDWIN ALEJANDRO RESTREPO GOMEZ	1.122.141.93	Ayudante de obra	ASMET Salud	Porvenir	SURA	5
3	EDUIN ANTONIO CHANTRE CHICANGANA	1.061.732.000	Oficial de obra	Nueva EPS	Porvenir	SURA	5
4	ANDRES FELIPE IMBACHÍ	1.006.536.144	Oficial de obra	EMSSANAR	Porvenir	SURA	5

5	LUIS ARMANDO FERNANDEZ RAMIREZ	1.061.739.955	Ayudante de obra	Nueva EPS	Porvenir	SURA	5
6	EDILMER HERNAN MEJIA MUÑOZ	10.299.617	Oficial de obra	Sanitas	Porvenir	SURA	5
7	TEOFILO VICENTE FIGUERA	6.009.896	Oficial de obra	Nueva EPS	Porvenir	SURA	5
8	SAUL ANTONIO CATAMUSCAY	1.061.691.955	Oficial de obra	Sanitas	Colpensiones	SURA	5
9	MIGUEL ANGEL DÍAZ	10.535.500	Maestro de obra	EMSSANAR	Pensionado	SURA	5
INGRESOS EN NOVIEMBRE							
10	CRISTIAN YOVANY JIMENEZ TABORDA	1.020.428.828	Aseo obra	Sanitas	Porvenir	SURA	5
11	JOSE DANILO MUÑOZ TOMBRE	1.064.427.919	Ayudante de obra	Mallamas	Colpensiones	SURA	5
12	SEBASTIAN ALEXIS CORONADO BERNAL	1.061.707.735	Ayudante de obra	ASMET Salud	Colpensiones	SURA	5
13	JOSE DAVID GOMEZ MENDEZ	76.311.054	Ayudante de obra	Nueva EPS	Protección	SURA	5

- **SEDE: PALACIO DE JUSTICIA LUIS CARLOS PEREZ**

No.	NOMBRES	CEDULA	CARGO	EPS	AFP	ARL	NIVEL DE RIESGO
1	EDGAR EDUARDO SANCHEZ	76.312.156	Maestro de obra	Nueva EPS	Porvenir	SURA	5
2	YEFFERSON CAMPAZ	1.061.724.626	Oficial de obra	Sanitas	Porvenir	SURA	5
3	ALFONSO ZUÑIGA	76.308.778	Ayudante de obra	Nueva EPS	Colpensiones	SURA	5
4	CRUZ VELASCO	14.467.561	Ayudante de obra	ASMET Salud	Porvenir	SURA	5
5	CRISTIAN EDDUARDO RIVERA	1.061.743.045	Ayudante de obra	EMSSANAR	Porvenir	SURA	5

6	DIUBER ORLANDO DIAZ	76.328.594	Ayudante de obra	SOS	Porvenir	SURA	5
7	JUAN DANIEL ORTIZ	1.002.819.852	Ayudante de obra	ASMET Salud	Colpensiones	SURA	5
INGRESOS EN NOVIEMBRE							
8	CORNELIA MUÑOZ CAMPO	25.630.577	Aseo obra	Sanitas	Colpensiones	SURA	5
9	ANTONIO JURADO MACA	10.543.057	Oficial de obra	Sanitas	Colpensiones	SURA	5
10	JAIRO PALECHOR MAMIAN	4.698.349	Oficial de obra	SOS	Colpensiones	SURA	5
11	BRAYAN ANDRES PECHENE MUÑOZ	1.002.963.040	Ayudante de obra	EMSSANAR	Porvenir	SURA	5
12	HAROLD MAGIN BUESACO	1.061.689.315	Ayudante de obra	EMSSANAR	Porvenir	SURA	5
13	WILSON CRUZ TROYANO	76.332.297	Carpintero	Sanitas	Porvenir	SURA	5
14	MECIAS OROZCO ASTUDILLO	76.307.348	Carpintero	Nueva EPS	Colpensiones	SURA	5

- **SEDE: PALACIO DE JUSTICIA SANTANDER DE QUILICHAO**

No.	NOMBRES	CEDULA	CARGO	EPS	AFP	ARL	NIVEL DE RIESGO
1	ADRIANA MARCELA QUINTO	25.287.878	Maestra de obra	Sanitas	Porvenir	SURA	5
2	CARLOS ARTURO GUTIERREZ	76.273.039	Oficial de obra	Nueva EPS	Porvenir	SURA	5
3	PABLO HERNEY GUERRERO	16.761.186	Oficial de obra	EMSSANAR	Porvenir	SURA	5
4	RODRIGO RIVERA	1.061.500.991	Ayudante de obra	AIC	Porvenir	SURA	5

INGRESOS EN NOVIEMBRE							
5	GRATINIANO QUINTO TORRES	10.526.433	Ayudante de obra	Nueva EPS		SURA	5
6	DON OFREN ASCUE	1.067.522.873	Ayudante de obra	AIC	Colpensiones	SURA	5

- **SEDE: PALACIO DE JUSTICIA EL TAMBO**

No.	NOMBRES	CEDULA	CARGO	EPS	AFP	ARL	NIVEL DE RIESGO
INGRESOS EN NOVIEMBRE							
1	RODRIGO PASAJE MEDINA	6.601.331	Oficial de obra	Sanitas	Colpensiones	SURA	5
2	WILLIAN ARLEY CHICANGANA LUNA	1.061.757.297	Ayudante de obra	ASMET Salud	Porvenir	SURA	5
3	PEDRO ANTONIO ASTAIZA HERNANDEZ	76.290.705	Ayudante de obra	ASMET Salud	Porvenir	SURA	5

- **SEDE: PALACIO DE JUSTICIA PUERTO TEJADA**

No.	NOMBRES	CEDULA	CARGO	EPS	AFP	ARL	NIVEL DE RIESGO
INGRESOS EN NOVIEMBRE							
1	LAYNER ASTUDILLO FERRIN	10.558.638	Ayudante de obra	Nueva EPS	Porvenir	SURA	5
2	DUBER ORTEGA ZAPATA	10.557.718	Ayudante de obra	SOS	Porvenir	SURA	5
3	JOSE LIGIO UZURIAGA GALLEGO	76.041.601	Ayudante de obra	ASMET Salud	Porvenir	SURA	5

- **SEDE: JUZGADO PARA ADOLESCENTES**

No.	NOMBRES	CEDULA	CARGO	EPS	AFP	ARL	NIVEL DE RIESGO
INGRESOS EN NOVIEMBRE							
1	MIGUEL ANTONIO VELASCO	76.330.851	Oficial de obra	Nueva EPS	Porvenir	SURA	5
2	JESUS ORLANDO GOMEZ	10.299.695	Oficial de obra	Nueva EPS	Porvenir	SURA	5

Con base en la relación anterior, se evidencia un total de **5** profesionales y **41** trabajadores en obra vinculados al proyecto, distribuidos en los seis frentes actualmente activos (Palacio Nacional Francisco de Paula Santander, Palacio de Justicia Luis Carlos Pérez, Palacio de Justicia Santander de Quilichao, Palacio de Justicia de Puerto Tejada, Palacio de Justicia del Tambo y Juzgados para adolescentes), quienes desarrollan las diferentes labores de mantenimiento y mejoramiento de infraestructura, de acuerdo con la programación establecida para el mes.

3.1.2.2. PERSONAL RETIRADO EN EL MES DE NOVIEMBRE 2025

No.	NOMBRES	CEDULA	CARGO	EPS	AFP	SEDE
1	DANIEL FELIPE MERCHAN BOLAÑOS	1.061.784.416	Ayudante de obra	Sanitas	Porvenir	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
2	JOSE LEIFER DOMINGUEZ CASAMACHIN	10.296.860	Oficial de obra	ASMET Salud	Porvenir	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
3	DIDIER FELIPE RESTREPO GOMEZ	1.061.819.680	Ayudante de obra	Sanitas	Porvenir	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
4	EDINSON FABIAN MIRANDA	1.002.963.356	Ayudante de obra	ASMET Salud	Colpensiones	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
5	BAIRON PALECHOR	1.002968.342	Ayudante de obra	EMSSANAR	Protección	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
6	ELMER VAINAS	1.061.790.830	Oficial de obra	EPS Indígena Mallamas	Porvenir	LUIS CARLOS PEREZ
7	FREDY OBANDO	1.088.975.774	Ayudante de obra	EMSSANAR	Porvenir	LUIS CARLOS PEREZ
8	MIGUEL ANGEL LIZCANO	1.075.295.688	Ayudante de obra	Famisanar	Colfondos	LUIS CARLOS PEREZ
9	OLMEDO VITONAS	1.067.520.739	Ayudante de obra	AIC	Colpensiones	SANTANDER DE QUILICHAO
10	JESUS ANDRES IMBACHÍ ÑAÑEZ	1.061.778.473	Ayudante de obra	Nueva EPS	Porvenir	EL TAMBO
11	EDUAR ZALASAR	1.058.786.994	Ayudante de obra	AIC	Porvenir	EL TAMBO
12	LENIS JAVIER IDROBO	76.238.159	Oficial d eobra	SOS	Porvenir	LUIS CARLOS PEREZ

13	YEISSON HERNEY LOPEZ URBANO	1.061.785.941	Opalizado	AIC		FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
14	DARWIN YECID MONTENEGRO MORCILLO	1.061.793.912	Opalizado	AIC	Porvenir	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
15	RICARDO HERNAN REYES LOPEZ	4.613.665	Oficial de obra	EMSSANAR	Colpensiones	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
16	LIBARDO MAMIAN NARVAEZ	76.322.738	Ayudante de obra	Nueva EPS	Colpensiones	LUIS CARLOS PEREZ
17	JORGE ALEXANDER CALDONO ESPINOSA	1.061.714.928	Oficial de obra	Nueva EPS	Porvenir	SANTANDER DE QUILICHAO
18	WASHINGTON MIGUEL LANDAZURI ANGULO	5.316.071	Ayudante de obra	EMSSANAR	Porvenir	SANTANDER DE QUILICHAO
19	YOSER STIVEN NARVAEZ CORTES	1.087.700.499	Ayudante de obra	EMSSANAR	Porvenir	SANTANDER DE QUILICHAO
20	MOISES MAXIMINO PALOMINO HURTADO	76.043.916	Ayudante de obra	SOS	Porvenir	PUERTO TEJADA
21	RAUL RIVAS RENGIFO	10.545.302	Ayudante de obra	SURA		PUERTO TEJADA
22	JUAN CARLOS QUIÑONES PRECIADO	1.082.686.022	Oficial de obra	Nueva EPS	Porvenir	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
23	JOSE ABEL NAZARIT DIAZ	10.488.100	Oficial de obra	SOS	Porvenir	SANTANDER DE QUILICHAO
24	REYDER LUIS CARABALI BANGUERO	1.062.298.679	Oficial de obra	SOS	Colpensiones	SANTANDER DE QUILICHAO
25	JAIME VIAFARA BOLAÑOS	10.355.187	Oficial de obra	SOS	Colpensiones	SANTANDER DE QUILICHAO

Los trabajadores anteriormente relacionados presentan novedad de retiro durante el mes de noviembre de 2025. Algunos no se presentaron a laborar después de su vinculación inicial y otros presentaron renuncia voluntaria al proyecto. Por lo anterior, todos ellos se registran en el presente informe como personal retirado.

3.1.2.3. RELACION DE PLANILLAS DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2025

A continuación, se relacionan las planillas de pago de seguridad social correspondientes al mes de noviembre de 2025, dichas planillas se anexan como soporte del cumplimiento de las obligaciones legales en materia de Seguridad Social por parte del contratista. Ver anexo SST-7

NOMBRES	IDENTIFICACION	NUMERO DE PLANILLA	PERIODO
CONSORCIO HD 2025 (PERSONAL EN OBRA)	901.988.723-5		Noviembre 2025
CONSORCIO HD 2025 (SOLO ARL)	901.988.723-5		Noviembre 2025
UILMAR MONTENEGRO (RESIDENTE DE OBRA)	10.301.711	1076792470	Noviembre 2025
YESSY CATALINA CORTES OROZCO (INGENIERA AMBIENTAL	1.080.932.871		Noviembre 2025
VANESSA CARO LATORRE (APOYO SST)	1.020.742.776	9495640198	Noviembre 2025

3.1.3. CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN DEL PERSONAL

Durante el mes de noviembre de 2025 se llevaron a cabo las actividades de capacitación e inducción al personal vinculado al proyecto, en cumplimiento de lo establecido en el programa de formación y capacitación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Se realizaron varias inducciones de seguridad conforme al ingreso progresivo de personal durante el mes, abordando temas relacionados con las normas básicas de seguridad en obra, el uso adecuado de los elementos de protección personal, la identificación de peligros, el reporte de incidentes y accidentes de trabajo, entre otros temas, como principio fundamental de la prevención.

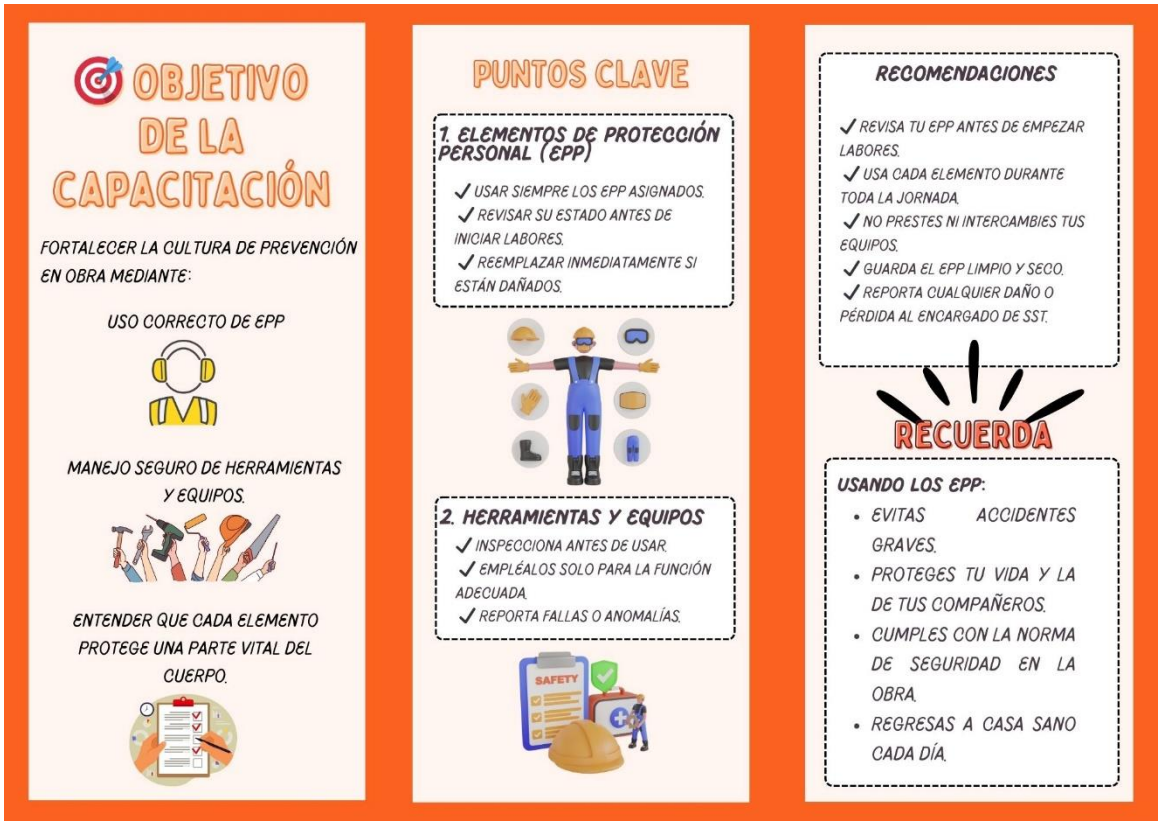
Como apoyo al proceso de inducción, se cuenta con un video elaborado por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, utilizado como herramienta de refuerzo para la divulgación de las normas y buenas prácticas de seguridad en obra. (Anexo SST-8).

Adicionalmente, se desarrolló una capacitación sobre: Cultura de autocuidado, hábitos saludables y uso adecuado de los EPP, orientada a fortalecer el bienestar integral y la seguridad del personal. Durante la jornada se abordaron temas relacionados con la adopción de estilos de vida saludables como factor clave para la prevención de enfermedades, el rendimiento en las labores diarias y la reducción de riesgos en obra. Así mismo, se reiteró la importancia del uso correcto y permanente de los Elementos de Protección Personal (EPP), recordando su función en la mitigación de peligros y en la protección frente a incidentes y accidentes de trabajo.

Esta capacitación estuvo dirigida a todos los frentes de obra, reforzando las medidas preventivas y promoviendo una cultura de seguridad activa dentro del proyecto. Se adjunta el material de apoyo como Anexo SST-9.

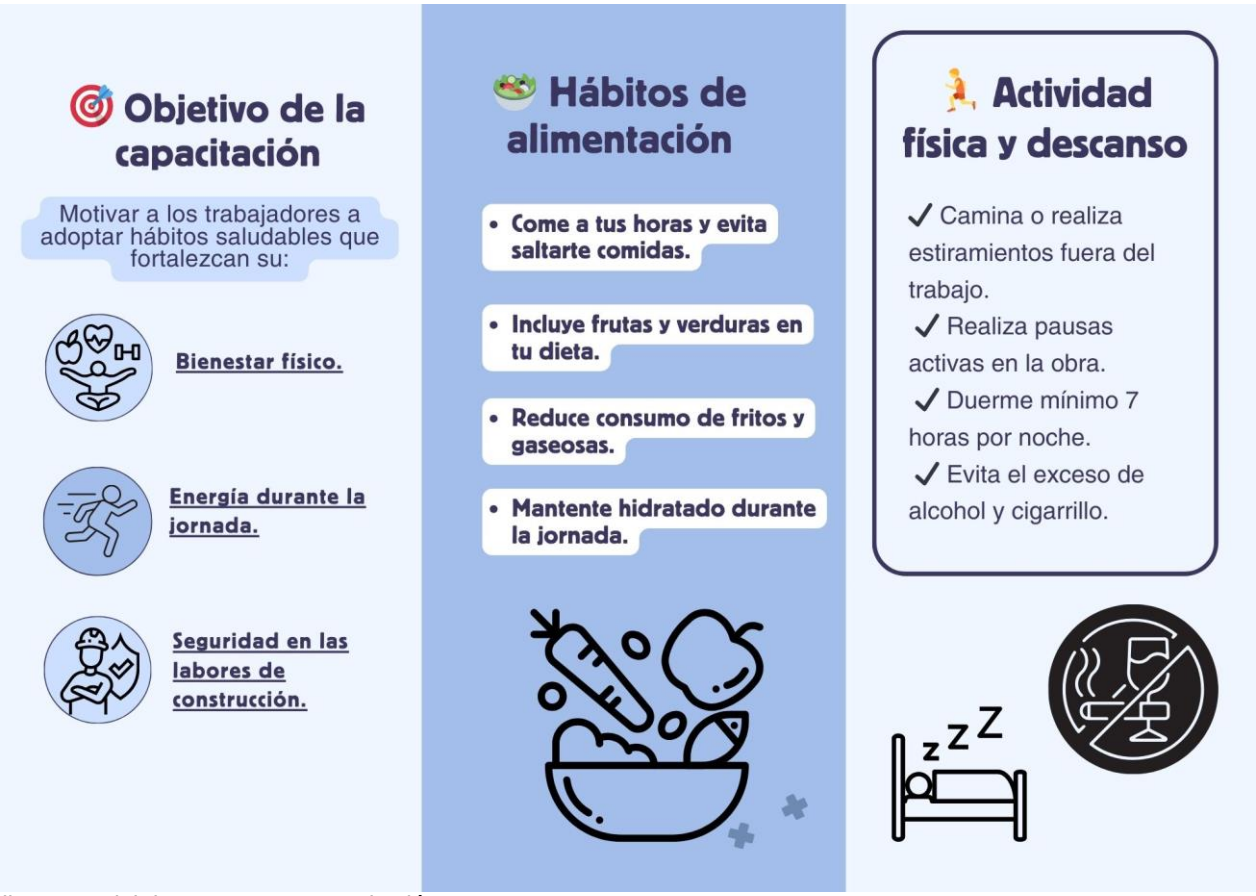


Folleto material de apoyo para capacitación



Folleto material de apoyo para capacitación





Folleto material de apoyo para capacitación

A continuación, se relacionan las inducciones y capacitaciones impartidas en el mes de noviembre, los registros de asistencia se encuentran en el anexo SST-10 del presente informe.

INDUCCIONES			
TEMA	**NUMERO DE ASISTENTES**	**FECHA DE REALIZACIÓN**	**SEDE DEL PALACIO**
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento de formatos	2	03/11/2025	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e	6	04/11/2025	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento de formatos			
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento de formatos	2	05/11/2025	SANTANDER DE QUILICHAO
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento de formatos	1	07/11/2025	PUERTO TEJADA
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento de formatos	2	10/11/2025	LUIS CARLOS PÉREZ
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento de formatos	1	10/11/2025	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento de formatos	3	11/11/2025	LUIS CARLOS PEREZ
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP,	1	13/11/2025	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento de formatos			
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento	3	18/11/2025	EL TAMBO
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento	1	19/11/2025	LUIS CARLOS PEREZ
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento	2	19/11/2025	PUERTO TEJADA
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento	2	27/11/2025	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento	2	28/11/2025	JUZGADOS PARA ADOLESCENTES
Inducción en SST, aspectos generales de la obra, definición de accidentes e incidentes de trabajo, uso de los EPP, reporte de AT e IT, peligros prioritarios, responsabilidades y diligenciamiento	4	28/11/2025	LUIS CARLOS PEREZ

CAPACITACIONES			
TEMA	**NUMERO DE ASISTENTES**	**FECHA DE REALIZACIÓN**	**SEDE DEL PALACIO**
Capacitación en: Cultura de autocuidado, hábitos saludables y uso adecuado de los EPP, orientada a fortalecer el bienestar integral y la seguridad del personal.	6	21/11/2025	SANTANDER DE QUILICHAO
Capacitación en: Cultura de autocuidado, hábitos saludables y uso adecuado de los EPP, orientada a fortalecer el bienestar integral y la seguridad del personal.	11	28/11/2025	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
Capacitación en: Cultura de autocuidado, hábitos saludables y uso adecuado de los EPP, orientada a fortalecer el bienestar integral y la seguridad del personal.	11	28/11/2025	LUIS CARLOS PEREZ

3.1.3.1 REGISTRO FOTOGRAFICO



Inducción Francisco de Paula Santander



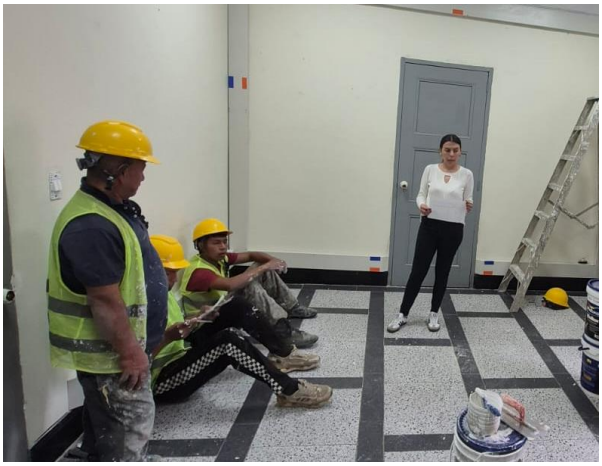
Inducción Francisco de Paula Santander

	
Inducción Francisco de Paula Santander	Inducción Francisco de Paula Santander
	
Inducción Luis Carlos Pérez	Inducción Luis Carlos Pérez
	
Inducción Luis Carlos Pérez	Inducción Luis Carlos Pérez

	
Inducción Santander de Quilichao	Inducción Santander de Quilichao
	
Inducción Puerto Tejada	Inducción Puerto Tejada
	
Inducción Luis Carlos Pérez	Inducción Luis Carlos Pérez

	
Inducción Francisco de Paula Santander	Inducción Francisco de Paula Santander
	
Inducción Luis Carlos Pérez	Inducción Luis Carlos Pérez
	
Inducción Francisco de Paula Santander	Inducción Francisco de Paula Santander

	
Inducción Francisco de Paula Santander	Inducción Francisco de Paula Santander
	
Inducción Luis Carlos Pérez	Inducción Luis Carlos Pérez
	
Inducción Juzgados para adolescentes	Inducción Juzgados para adolescentes

	
Capacitación Francisco de Paula Santander	Capacitación Francisco de Paula Santander
	
Capacitación Francisco de Paula Santander	Capacitación Francisco de Paula Santander
	
Capacitación Luis Carlos Pérez	Capacitación Luis Carlos Pérez

	
Capacitación Luis Carlos Pérez	Capacitación Luis Carlos Pérez

3.1.4. PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Durante el mes de noviembre de 2025 se elaboró y diligenció el formato de Permiso de Trabajo en Alturas, correspondiente a las actividades clasificadas como de alto riesgo en altura dentro del proyecto. (Ver anexo SST-12)

En este periodo se desarrollaron actividades de trabajo en alturas en la Sede del Palacio de Justicia de Santander de Quilichao: Se realizó el armado de un andamio certificado, con dimensiones de base de 1,40 m x 3,00 m y una altura máxima de 14 metros, incluyendo la instalación de barandas de seguridad conforme a los requisitos normativos para trabajo en alturas.
Una vez verificada la estabilidad del andamio y las condiciones de seguridad, se ejecutaron las labores de repello de la pared ubicada en la zona del parqueadero, a una altura máxima aproximada de 10 metros.

Adicionalmente, se desarrollaron actividades de pintura en las barandas de los balcones del segundo piso, siguiendo los lineamientos técnicos establecidos y aplicando las medidas de protección colectiva y el uso obligatorio de los Elementos de Protección Personal (EPP) para garantizar la seguridad del personal durante las intervenciones.

Cada una de estas actividades contó con la evaluación previa de riesgos, la implementación de medidas preventivas y la verificación del uso adecuado de los sistemas de protección contra caídas, garantizando el cumplimiento de los lineamientos de seguridad establecidos para trabajos en altura.

3.1.4.1. REGISTRO FOTOGRAFICO

	
Sede: Santander de Quilichao	Sede: Santander de Quilichao
	
Sede: Santander de Quilichao	Sede: Santander de Quilichao

3.1.5. REGISTRO ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EPP

Durante el mes de noviembre se llevó a cabo la entrega, registro y verificación de los Elementos de Protección Personal (EPP) al personal vinculado al proyecto, con el propósito de garantizar condiciones seguras para el desarrollo de las actividades de mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura en los diferentes frentes de obra.

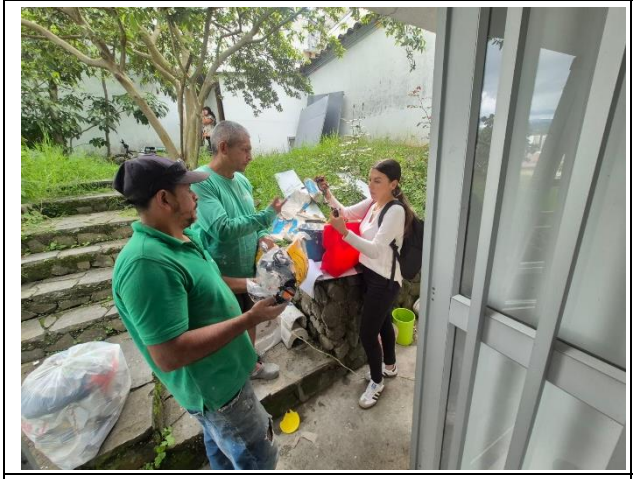
Los elementos suministrados corresponden a los equipos requeridos según los riesgos asociados a cada labor e incluyen, entre otros: casco de seguridad, gafas de protección, guantes de nitrilo, tapabocas, y arnés de cuerpo completo con sus respectivos. La entrega se realizó de acuerdo con los lineamientos del SG-SST, asegurando que cada trabajador conociera el uso adecuado, cuidado y reposición de los EPP asignados.

Como evidencia del cumplimiento de este proceso, se anexan los formatos de entrega de EPP debidamente firmados por el personal (ver Anexo SST-13).

DESCRIPCION	CANTIDAD
CASCO AMARILLOS	31
BARBUQUEJO	18
CHALECO REFLECTIVO	22
GUANTES DE CARNAZA	2
GUANTES DE NITRILO	35
GUANTES DE CAUCHO	9
GAFAS DE SEGURIDAD	16
PROTECTORES AUDITIVOS	9
TAPABOCAS	49
ARNES	10
ESLINGA	10
FRENO	1
LÍNEA DE VIDA	3
CINTA DE PELIGRO 500MTS	1

3.1.5.1. REGISTRO FOTOGRÁFICO ENTREGA EPP

	
Entrega EPP	Entrega EPP
	
Entrega EPP	Entrega EPP
	
Entrega EPP	Entrega EPP

	
Entrega EPP	Entrega EPP
	
Entrega EPP	Entrega EPP
	
Entrega EPP	Entrega EPP

3.1.6. ACCIDENTE DE TRABAJO Y/O ENFERMEDAD LABORAL

Durante el periodo de ejecución del informe no se presentaron accidentes de trabajo.

4. ANEXOS

Anexo	Descripción
SST-1	Matriz de peligros y valoración de riesgos
SST-2	Certificado afiliación EPS
SST-3	Certificado afiliación AFP
SST-4	Certificado afiliación ARL
SST-5	Listado de los datos del personal vinculado en obra
SST-6	Exámenes médicos de ingreso
SST-7	Planillas pagadas
SST-8	Asistencia a capacitación e inducciones
SST-9	Video de inducción
SST-10	Permiso de trabajo en alturas
SST-11	Certificados de trabajador autorizado
SST-12	Conceptos médicos ocupacionales con énfasis en alturas
SST-13	Formato de entrega de EPP

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531558355418
Fecha de radicación 27/11/2025

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ORTEGA	ZAPATA	DUBER	

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	10557718	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	CAUCA	PUERTO TEJADA	20/03/1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CL 17 9 A 24		3166563115	sincorreo@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	PUERTO TEJADA		Cab Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE - Km 1 Vía principal Puerto Tejada - Cali	640 Sede: 01

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NI901988723	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV 9 56 N 97		consorciohd2025@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

VIGILADO Supersalud
...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531558355418

Fecha de radicación 27/11/2025

- [ ] 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
- [ ] 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.
- [x] 14. Movilidad:
  - [x] 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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	19/11/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [x] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [x] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [x] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [x] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Kevin Andres Hoyos

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

VIGILADO Supersalud

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531558355418

Fecha de radicación 27/11/2025

X. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:CONSORCIO HD 2025, Asesor:CONSORCIO HD 2025, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:consorciohd2025@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: http://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

VIGILADO Supersalud

...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) RICARDO HERNAN REYES LOPEZ identificado(a) con CC 4613665, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por CONSORCIO HD 2025 NI 901988723 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
10/nov./2025	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
10/dic./2025	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 14 días del mes de nov. de 2025.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930422 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,



JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
JURADO	MACA	ANTONIO	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	10543057	Femenino ☐ Masculino X	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	CAUCA	PURACE	2 4 0 5 1 9 6 3

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
ARL SURA	COLPENSIONES	1'423.500	

26. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo

Teléfono Celular	Correo Electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CAUCA	POPAYAN		Cabecera Municipal ☐ 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. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

NEW

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		

La radicación no. 0013056573 ha sido registrada exitosamente. La respuesta será enviada a: dalyafiliaciones@gmail.com en los próximos tres días hábiles, puede llegar a tu bandeja de entrada u otras carpetas.

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)
CONSORCIO HD 2025	NIT	901.988.723-5	

59. Ubicación

Dirección: TV 9 56 N 97 RES DL BOSQUE BL 5 CS 5

Teléfono fijo o Celular: 3175839330

Correo Electrónico: DALYAFILIACIONES@GMAIL.COM

Departamento: CAUCA

Municipio / Distrito: POPAYAN

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.
- [ ] 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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	10 11 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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 Ofic
Antonio Jurado	Kevin Andres Hoyos

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	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

B. REPORTE DE NOVEDADES

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	DD/MM/AAAA

I. Datos del tramite

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

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

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: VIAFARA	Segundo Apellido: BOLAÑOS	Primer Nombre: JAIME	Segundo Nombre

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	10355187	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	COLOMBIANA	Departamento	CAUCA	Municipio	BUENOS AIRES	05/03/1969 DD/MM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
ARL SURA	COLPENSIONES	1'423.500	

26. Residencia				
Dirección: VDA ALTOS DE SAN LUIS	Teléfono Fijo	3215272498 Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Departamento	10355187 Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera municipal ☐ 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 Cotizante

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

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		DD/MM/AAAA

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

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

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

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NIT	901988723-5	(A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección: NUEVO YAMBITARA	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento: CAUCA	Municipio/Distrito: POPAYAN

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	19/11/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

Jaime Viafara Bolaños	Kevin Andres Hoyos
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	**81.** Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

Total Anexos ☐

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

OBSERVACIONES:

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

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

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	**Código Asesor**		**Sucursal**		**Ciudad/Municipio**	

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ☐ NO ☐

Correo Electrónico: _____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✔	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

SI [✔] NO [ ]

Firma del Cotizante : Jaime Viafara Bolaños

C.C. N° 10355187

Declaración de Convivencia

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

Firma del Cotizante **C.C N°:**	**Firma del Compañero(a)** **C.C N°:**

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_6726931

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 901988723 CONSORCIO HD 2025
Afiliado	CC 10545302 RAUL RIVAS RENGIFO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 1,423,500
Cargo	OTRO
Sucursal	POPAYAN NUEVO YAMBITARA
Fecha de ingreso	07/11/2025
Fecha de radicación	14/11/2025 12:22:40 a.m.
Código de Transacción	206639122
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 12/2025

Fecha de generación 14/11/2025

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) YOSER STIVEN NARVAEZ CORTES identificado(a) con CC 1087799499, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por CONSORCIO HD 2025 NI 901988723 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
05/nov./2025	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
05/dic./2025	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 14 días del mes de nov. de 2025.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930422 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,



JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3526669355418
Fecha de radicación 14/11/2025

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PECHENE	MUÑOZ	BRAYAN	ANDRES

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1002963040	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN	30/09/2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	No aplica

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		09 - Víctimas del conflicto armado.

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 20 19 200		3215967097	sincorreo@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	POPAYÁN		Cab Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SIEMPREE SAS - CALLE 10N #11-31	60201 Sede: 02

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NI901988723	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV 9 56 N 97		consorciohd2025@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

VIGILADO Supersalud
...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3526669355418

Fecha de radicación 14/11/2025

- [ ] 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
- [ ] 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.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] 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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	11/11/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Kevin Andres Hoyos

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

VIGILADO Supersalud

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3526669355418

Fecha de radicación 14/11/2025

X. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:CONSORCIO HD 2025, Asesor:CONSORCIO HD 2025, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:consorciohd2025@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: http://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

VIGILADO Supersalud

...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**MUÑOZ TOMBE JOSE DANILO**
Identificación:	**CC: 1064427919**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO HD 2025**
Municipio:	**CALDONO**
IPS Asignada:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E. - SEDE CALDONO**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2006-10-01**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2025-11-25**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	No registra
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$4.700**

Observación :

Dada el jueves, 27 de noviembre de 2025

Cordialmente

LEIDY MARIBEL PASPUR LAGUNA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/11/2025, el empleador CONSORCIO HD 2025 identificado con NIT número 901988723 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9602070	27/11/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1061714928	JORGEALEXANDER CALDONO ESPINOSA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Noviembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]

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. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MUÑOZ	CAMPO	CORNELIA	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	25630577	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	CAUCA	PURACE	0 6 0 1 1 9 6 8

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
ARL SURA	PORVENIR	1'423.500	

26. Residencia — Dirección: CRA 8E 17B 70 LA MARIA ORIENTE — Teléfono Fijo: [ ]

Teléfono Celular: 3105414281 — Correo Electrónico: CORNELIACAMPO206@GMAILCOM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CAUCA	POPAYAN		Cabecera Municipal [ ] 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. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

35. Apellidos y nombres

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

CENSYS

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

La radicación no. 0013056544 ha sido registrada exitosamente. La respuesta será enviada a: dalyafiliaciones@gmail.com en los próximos tres días hábiles, puede llegar a tu bandeja de entrada u otras carpetas.

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)
CONSORCIO HD 2025	NIT	901.988.723-5	

59. Ubicación

Dirección: TV 9 56 N 97 RES DL BOSQUE BL 5 CS 5

Teléfono fijo o Celular: 3175839330

Correo Electrónico: DALYAFILIACIONES@GMAIL.COM

Departamento: CAUCA

Municipio / Distrito: POPAYAN

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.
- [ ] 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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	0 6 1 1 2 0 2 5	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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
Cornelia Muñoz	Kevin Andres Hoyos

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/11/2025, el empleador CONSORCIO HD 2025 identificado con NIT número 901988723 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9607511	28/11/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	76311054	JOSEDAVID GOMEZ MENDEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-27
CÉDULA DE CIUDADANÍA	76330851	MIGUEL ANTONIO VELASCO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-28
CÉDULA DE CIUDADANÍA	76307348	MECIAS OROZCO ASTUDILLO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-28
CÉDULA DE CIUDADANÍA	10299695	JESUS ORLANDO GOMEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-28

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Noviembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3526675355418
Fecha de radicación 14/11/2025

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
JIMENEZ	TABORDA	CRISTIAN	YOVANY

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1020428828	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	12/02/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CIUDADELA LAS GUACAS		3022551572	SINCORREO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	POPAYÁN		Cab Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [X] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SIEMPREE SAS - CALLE 10N #11-31	60201 Sede: 02

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NI901988723	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV 9 56 N 97		consorciohd2025@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

VIGILADO Supersalud
...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3526675355418

Fecha de radicación 14/11/2025

- [ ] 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
- [ ] 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.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] 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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	12/11/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Kevin Andres Hoyos

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3526675355418

Fecha de radicación 14/11/2025

X. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:CONSORCIO HD 2025, Asesor:CONSORCIO HD 2025, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:consorciohd2025@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: http://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

VIGILADO Supersalud

...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA
Formulario No. 30093128355418
Fecha de radicación 14/11/2025

EPSIC3

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ASCUE	SILVA	DON	OFREN

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1067522873	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	CAUCA	TORIBIO	03/04/2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
01 - Indigena		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		17 – Comunidad indígena

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
EL PORVENIR		3235911597	ALEXASCUESILVA@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	TORIBIO	R003 - TORIBIO	Cab Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [X] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL NORTE DEL CAUCA - CXHAB WALA KIWE - TORIBIO - Casa de Acogida	1921200025 Sede: 06

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NI901988723	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV 9 56 N 97		consorciohd2025@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA
Formulario No. 30093128355418
Fecha de radicación 14/11/2025

EPSIC3

- [ ] 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
- [ ] 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.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] 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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	05/11/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Kevin Andres Hoyos

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA
Formulario No. 30093128355418
Fecha de radicación 14/11/2025

EPSIC3

X. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:DERLI MALYORI FLOREZ PITO, Asesor:DERLI MALYORI FLOREZ., Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:afiliacionescontributivo2@aicsalud.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA e ingresando el código: D287B825-F856-4DCE-9
Url: https://salud.aicsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/pages/CQR.aspx

	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS	VERSIÓN 1	EDICIÓN Mayo de 2016
		CODIGO FEPS-GCO-02	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de La Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

CC1067522873 DON OFREN ASCUE SILVA

En constancia se firma a los 14 del mes de nov. de 2025

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC1067522873 DON OFREN ASCUE SILVA

FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos: _____

Documento de identidad: _____ Edad: _____

Domicilio (Dirección y ciudad): _____

HUELLA AFILIADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	DD/MM/AAAA

I. Datos del tramite

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

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

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: VIAFARA	Segundo Apellido: BOLAÑOS	Primer Nombre: JAIME	Segundo Nombre

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	10355187	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	COLOMBIANA	Departamento	CAUCA	Municipio	BUENOS AIRES	05/03/1969 DD/MM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
ARL SURA	COLPENSIONES	1'423.500	

26. Residencia				
Dirección: VDA ALTOS DE SAN LUIS	Teléfono Fijo	3215272498 Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Departamento	10355187 Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera municipal ☐ 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 Cotizante

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

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		DD/MM/AAAA

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

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

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

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NIT	901988723-5	(A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección: NUEVO YAMBITARA	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento: CAUCA	Municipio/Distrito: POPAYAN

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	19/11/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

Jairo Palechor Mamian	Kevin Andres Hoyos
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	**81.** Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

Total Anexos ☐

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

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

OBSERVACIONES:

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

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

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	**Código Asesor**		**Sucursal**		**Ciudad/Municipio**	

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ☐ NO ☐

Correo Electrónico: _____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

	SI	**NO**
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	☐	☐
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☐	☐
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	☐	☐
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	☐	☐
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☐	☐

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

SI ☐ NO ☐

Firma del Cotizante : Jairo Palechor Mamian

C.C. N° 10355187

Declaración de Convivencia

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

Firma del Cotizante	**Firma del Compañero(a)**
C.C N°:	**C.C N°:**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	DD/MM/AAAA

I. Datos del tramite

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

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

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: VIAFARA	Segundo Apellido: BOLAÑOS	Primer Nombre: JAIME	Segundo Nombre

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	10355187	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	COLOMBIANA	Departamento	CAUCA	Municipio	BUENOS AIRES	05/03/1969 DD/MM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
ARL SURA	COLPENSIONES	1'423.500	

26. Residencia				
Dirección: VDA ALTOS DE SAN LUIS	Teléfono Fijo	3215272498 Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Departamento	10355187 Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera municipal ☐ 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 Cotizante

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

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		DD/MM/AAAA

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

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

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

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NIT	901988723-5	(A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección: NUEVO YAMBITARA	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento: CAUCA	Municipio/Distrito: POPAYAN

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	19/11/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

Jose Abel Nazarit	Kevin Andres Hoyos
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	**81.** Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

Total Anexos ☐

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

OBSERVACIONES:

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

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

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	**Código Asesor**		**Sucursal**		**Ciudad/Municipio**	

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ☐ NO ☐

Correo Electrónico: _____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✔	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

SI [✔] NO [ ]

Firma del Cotizante : Jose Abel Nazarit

C.C. N° 10355187

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____

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

Firma del Cotizante **C.C N°:**	**Firma del Compañero(a)** **C.C N°:**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531563355418
Fecha de radicación 27/11/2025

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
UZURIAGA	GALLEGO	JOSE	LIGIO

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	76041601	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	02/07/1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	No aplica

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	25-14: Colpensiones	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
BR ALTOS DE PARIS		3167145180	SINCORREO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	PUERTO TEJADA		Cab Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [X] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 - ESE - Km 1 Vía principal Puerto Tejada - Cali	640 Sede: 01

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NI901988723	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV 9 56 N 97		consorciohd2025@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

VIGILADO Supersalud
...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531563355418

Fecha de radicación 27/11/2025

- [ ] 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
- [ ] 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.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] 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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	19/11/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Kevin Andres Hoyos

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

VIGILADO Supersalud
SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531563355418

Fecha de radicación 27/11/2025

X. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:CONSORCIO HD 2025, Asesor:CONSORCIO HD 2025, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:consorciohd2025@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: http://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

VIGILADO Supersalud

...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	DD/MM/AAAA

I. Datos del tramite

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

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

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: VIAFARA	Segundo Apellido: BOLAÑOS	Primer Nombre: JAIME	Segundo Nombre

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	10355187	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	COLOMBIANA	Departamento	CAUCA	Municipio	BUENOS AIRES	05/03/1969 DD/MM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
ARL SURA	COLPENSIONES	1'423.500	

26. Residencia				
Dirección: VDA ALTOS DE SAN LUIS	Teléfono Fijo	3215272498 Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Departamento	10355187 Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera municipal ☐ 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 Cotizante

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

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		DD/MM/AAAA

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

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

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

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NIT	901988723-5	(A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección: NUEVO YAMBITARA	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento: CAUCA	Municipio/Distrito: POPAYAN

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	DD / MM / 19/11/2025	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

Moises M. Palomino	Kevin Andres Hoyos
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	**81.** Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

Total Anexos ☐

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

OBSERVACIONES:

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

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

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	**Código Asesor**		**Sucursal**		**Ciudad/Municipio**	

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ☑ NO ☐

Correo Electrónico: _____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✔	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

SI ☑ NO ☐

Firma del Cotizante : Moises M. Palomino

C.C. N° 10355187

Declaración de Convivencia

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

Firma del Cotizante **C.C N°:**	**Firma del Compañero(a)** **C.C N°:**

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 14/11/2025, el empleador CONSORCIO HD 2025 identificado con NIT número 901988723 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9548655	14/11/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	10526433	GRATINIANO QUINTO TORRES	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-05
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1082686022	JUANCARLOS QUIÑONES PRECIADO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-11
CÉDULA DE CIUDADANÍA	76322738	LIBARDO MAMIAN NARVAEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-11
CÉDULA DE CIUDADANÍA	10558638	LAYNER ASTUDILLO FERRIN	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-11-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Noviembre del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	DD/MM/AAAA

I. Datos del tramite

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

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

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: VIAFARA	Segundo Apellido: BOLAÑOS	Primer Nombre: JAIME	Segundo Nombre

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	10355187	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País	COLOMBIANA	Departamento	CAUCA	Municipio	BUENOS AIRES	05/03/1969 DD/MM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
ARL SURA	COLPENSIONES	1'423.500	

26. Residencia				
Dirección: VDA ALTOS DE SAN LUIS	Teléfono Fijo	3215272498 Teléfono Celular	Correo Electrónico	
Departamento	10355187 Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera municipal ☐ 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 Cotizante

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

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		DD/MM/AAAA

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

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

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

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NIT	901988723-5	(A Registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección: NUEVO YAMBITARA	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento: CAUCA	Municipio/Distrito: POPAYAN

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	19/11/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

Reyder L. Carabali	Kevin Andres Hoyos
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	**81.** Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

Total Anexos ☐

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

OBSERVACIONES:

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

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

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	**Código Asesor**		**Sucursal**		**Ciudad/Municipio**	

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ☐ NO ☐

Correo Electrónico: _____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✔	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

SI [✔] NO [ ]

Firma del Cotizante : Reyder L. Carabali

C.C. N° 10355187

Declaración de Convivencia

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

Firma del Cotizante **C.C N°:**	**Firma del Compañero(a)** **C.C N°:**

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

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PASAJE	MEDINA	RODRIGO	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	6601331	Femenino ☐ Masculino X	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	CAUCA	ARGELIA	0 3 0 8 1 9 6 4

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
ARL SURA	COLPENSIONES	1'423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 17 BIS 10 E 39	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3117110407	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CAUCA			Cabecera Municipal ☐ 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. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Contacto Eps Sanitas <tramitesenlinea@epssanitas.notify-it.com>
para mí

La solicitud fue creada exitosamente con los siguientes datos:

Solicitud Numero: 13115644

Fecha: 27/11/2025

Hora: 02:06 PM

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES 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)
CONSORCIO HD 2025	NIT	901.988.723-5	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
TV 9 56 N 97 RES DL BOSQUE BL 5 CS 5	3175839330

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
DALYAFILIACIONES@GMAIL.COM	CAUCA	POPAYAN

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [x] 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
- [x] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 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 identicad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	15 11 2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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
Rodrigo Paiaze M.	Kevin Andres Hoyos

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del 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	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	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

B. REPORTE DE NOVEDADES

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531570355418
Fecha de radicación 27/11/2025

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CORONADO	BERNAL	SEBASTIAN	ALEXIS

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1061707735	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN	30/03/2006

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	25-14: Colpensiones	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
BELLA VISTA		3117497691	sincorreo@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	PIENDAMÓ		Cab Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [X] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO I - KR 14 # 10-61/65	100 Sede: 01

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NI901988723	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV 9 56 N 97		consorciohd2025@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

VIGILADO Supersalud
...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531570355418

Fecha de radicación 27/11/2025

- [ ] 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
- [ ] 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.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] 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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	25/11/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Kevin Andres Hoyos

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

VIGILADO Supersalud
SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531570355418

Fecha de radicación 27/11/2025

X. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:CONSORCIO HD 2025, Asesor:CONSORCIO HD 2025, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:consorciohd2025@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: http://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

VIGILADO Supersalud

...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) WASHINGTON MIGUEL LANDAZURI ANGULO identificado(a) con CC 5316071, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de Emssanar S.A.S. por CONSORCIO HD 2025 NI 901988723 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
05/nov./2025	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
05/dic./2025	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 14 días del mes de nov. de 2025.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930422 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,



JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531553355418
Fecha de radicación 27/11/2025

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CHICANGANA	LUNA	WILLIAN	ARLEY

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1061757297	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	CAUCA	LA VEGA	15/01/1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	No aplica		

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.423.500	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CL 17 KR 17 10		3128512557	sincorreo@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CAUCA	POPAYÁN		Cab Municipal [X] Centro poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SIEMPREE SAS - CALLE 10N #11-31	60201 Sede: 02

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO HD 2025	NI901988723	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
TV 9 56 N 97		consorciohd2025@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

VIGILADO Supersalud
...cuida la salud de mi familia !

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531553355418

Fecha de radicación 27/11/2025

- [ ] 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
- [ ] 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.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] 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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	15/11/2025			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Numero de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Kevin Andres Hoyos

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

VIGILADO Supersalud

cuida la salud de mi familia

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3531553355418

Fecha de radicación 27/11/2025

X. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:				1					Total	1

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:CONSORCIO HD 2025, Asesor:CONSORCIO HD 2025, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:consorciohd2025@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: http://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

VIGILADO Supersalud

...cuida la salud de mi familia !

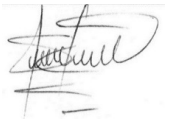
SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANTONIO JURADO MACA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10543057,** se encuentra afiliado/a desde **08/04/1986** 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 14 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

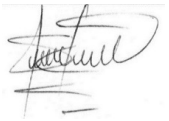
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIRO PALECHOR MAMIAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4698349,** se encuentra afiliado/a desde **14/01/2005** 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 14 de noviembre 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

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:

HAROLD MAGIN BUESACO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.689.315**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Noviembre 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.

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:

BRAYAN ANDRES PECHENE MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.963.040**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ MENDEZ JOSE DAVID** identificado(a) con **CC** número **76.311.054** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2015 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CORNELIA MUÑOZ CAMPO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **25630577,** se encuentra afiliado/a desde **14/11/2025** 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 15 de noviembre 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

BOGOTA, D.C., 27 de Noviembre de 2025 2025_25627262-47704485

Señor (a):
SEBASTIAN ALEXIS CORONADO BERNAL
CORONADOSEBAS25@HOTMAIL.COM
PIENDAMO - CAUCA

Referencia: Radicado No. 2025_25627262 del 27 de Noviembre de 2025
Ciudadano: SEBASTIAN ALEXIS CORONADO BERNAL
Identificación: C.C. 1061707735
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

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

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

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

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,

LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Directora de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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:

CRISTIAN YOVANY JIMENEZ TABORDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.020.428.828**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LIBARDO MAMIAN NARVAEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **76322738,** se encuentra afiliado/a desde **08/09/1995** 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 14 de noviembre 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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DUBER ORTEGA ZAPATA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.557.718**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DON OFREN ASCUE SILVA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1067522873,** se encuentra afiliado/a desde **14/11/2025** 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 15 de noviembre 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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LAYNER ASTUDILLO FERRIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.558.638**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

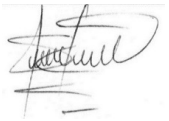
Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RODRIGO PASAJE MEDINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **6601331,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2007** 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 27 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

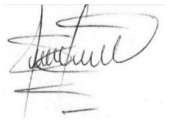
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIME VIAFARA BOLAÑOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10355187,** se encuentra afiliado/a desde **17/07/1996** 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 27 de noviembre 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

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:

JESUS ORLANDO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.299.695**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

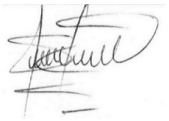
Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE LIGIO UZURIAGA GALLEGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **76041601,** se encuentra afiliado/a desde **30/03/1992** 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 27 de noviembre 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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JORGE ALEXANDER CALDONO ESPINOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.714.928**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Noviembre 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.

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:

WILLIAN ARLEY CHICANGANA LUNA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.757.297**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

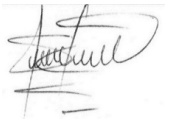
Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE DANILO MUÑOZ TOMBE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1064427919,** se encuentra afiliado/a desde **31/07/2025** 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 27 de noviembre 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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NAZARIT DIAZ JOSE ABEL** identificado(a) con **CC** número **10.488.100** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2001 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

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 CARLOS QUIÑONES PRECIADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.686.022**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

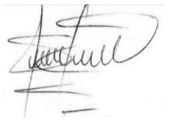
Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MECIAS OROZCO ASTUDILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **76307348,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de noviembre 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

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2025-11-28

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 76307348	MECIAS		OROZCO	ASTUDILLO	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-11-28

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
NUEVA EPS S.A.	Subsidiado	01/08/2023	Activo	CABEZA DE FAMILIA	POPAYAN

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-11-28

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2007-06-01	Activo no cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-11-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2025-11-28

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

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:

MIGUEL ANTONIO VELASCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **76.330.851**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

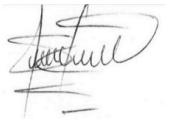
Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MOISES MAXIMINO PALOMINO HURTADO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **76043916,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2007** 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 14 de noviembre 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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PEDRO ANTONIO ASTAIZA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **76.290.705**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Noviembre 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.

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2025-11-21

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1062298679	REYDER	LUIS	CARABALI	BANGUERO	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-11-21

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S. -CM	Subsidiado	01/11/2023	Activo	CABEZA DE FAMILIA	SANTIAGO DE CALI

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-11-21

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2017-01-24	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-11-21

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
Seguros de Vida Suramericana	2025-11-19	Activa		Cauca- POPAYÁN

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2025-11-21

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

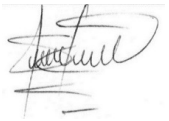
Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RICARDO HERNAN REYES LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4613665,** se encuentra afiliado/a desde **02/11/1988** 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 14 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

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:

WILSON CRUZ TROYANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **76.332.297**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YOSER STIVEN NARVAEZ CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1087799499,** se encuentra afiliado/a desde **14/11/2025** 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 15 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 18 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO HD 2025, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1061714928	CALDONO ESPINOSA JORGE ALEXANDER	19/11/2025		184EO165	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1062298679	CARABALI BANGUERO REYDER LUIS	19/11/2025		p1658222	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1061689315	MAJIN BUESACO HAROLD	19/11/2025		162I1693	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C10488100	NAZARIT DIAZ JOSE ABEL	19/11/2025		221r7422	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C10557718	ORTEGA ZAPATA DUBER	19/11/2025		10224922	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10617790182532259124

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/11/2025 16:25:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.88.59, 192.230.104.2, 172.16.42.57

Medellín, 18 de Noviembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO HD 2025, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CAUCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C10355187	VIAFARA BOLAÑOS JAIME	19/11/2025		239j4435	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10617790182532259165

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/11/2025 16:26:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.84.88.59, 192.230.104.2, 172.16.42.57

Medellín, 11 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO HD 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CAUCA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1020428828	JIMENEZ TABORDA CRISTIAN JOVANNY	12/11/2025		17122612	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/11/2025 20:48:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.5.199.186, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Medellín, 26 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO HD 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C76311054	GOMEZ MENDEZ JOSE DAVID	27/11/2025		67145134	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/11/2025 20:06:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.5.199.183, 192.230.104.10, 172.16.42.57

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	18/nov/2025 03:12 p. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618529**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	HAROLD MAGIN BUESACO	**Identificación:**	CC-1.061.689.315
Dirección:	CRA 23 # 17-71 BARRIO SOLIDARIDAD - Colombia,	**Teléfono:**	3005025287
Fecha	14/mar/1986	**Edad:**	39 Años 8 Meses 20 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: HAROLD MAGIN BUESACO

C.C.: 1.061.689.315

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	27/nov/2025 06:46 p. m.	**Cargo:**	OFICIAL DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618547**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	MIGUEL ANTONIO VELASCO	**Identificación:**	CC-76.330.851
Dirección:	TRANSVERSAL 23 # 16-23 - Colombia,	**Teléfono:**	3218225735
Fecha	19/may/1976	**Edad:**	49 Años 6 Meses 15 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	OFICIAL DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Nueva EPS	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: MIGUEL ANTONIO VELASCO

C.C.: 76.330.851

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	04/nov/2025 11:03 a. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**608736**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	GRATINIANO QUINTO TORRES	**Identificación:**	CC-10.526.433
Dirección:	CALLE 22 # 31-54 POPAYÁN- CAUCA - Colombia,	**Teléfono:**	3215239285
Fecha	22/dic/1951	**Edad:**	73 Años 10 Meses 20 Días
Sexo:		**Estado Civil:**	
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Nueva EPS	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: GRATINIANO QUINTO TORRES

C.C.: 10.526.433

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	08/nov/2025 11:46 a. m.	**Cargo:**	OFICIAL DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**608765**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	ANTONIO JURADO MACA	**Identificación:**	CC-10.543.057
Dirección:	CRA 8 # 12 57 BARRIO SAN CAMILO - Colombia,	**Teléfono:**	3215059170
Fecha	24/may/1963	**Edad:**	62 Años 5 Meses 19 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	OFICIAL DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	E.P.S Sanitas	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: ANTONIO JURADO MACA

C.C.: 10.543.057

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	12/nov/2025 04:08 p. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618504**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	CRISTIAN YOVANY JIMENEZ TABORDA	**Identificación:**	CC-1.020.428.828
Dirección:	CRA 12 # 64N-09 LOTE 3H MZ 4 BARRIO LAS GUACAS - Colombia,	**Teléfono:**	3022551572
Fecha	12/feb/1990	**Edad:**	35 Años 9 Meses 20 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: NO PRESENTA RESTRICCIONES

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: CRISTIAN YOVANY JIMENEZ TABORDA

C.C.: 1.020.428.828

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	05/nov/2025 11:42 a. m.	**Cargo:**	SERVICIOS GENERALES		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**608747**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	CORNELIA MUÑOZ CAMPO	**Identificación:**	CC-25.630.577
Dirección:	CRA 8E # 17B-70 BARRIO MARIA OCCIDENTE - Colombia,	**Teléfono:**	3105414281
Fecha	06/ene/1968	**Edad:**	57 Años 10 Meses 5 Días
Sexo:	Femenino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	ASEO DE LA OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	E.P.S Sanitas	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: CORNELIA MUÑOZ CAMPO

C.C.: 25.630.577

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	17/nov/2025 04:09 p. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618512**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	WILLIAN ARLEY CHICANGANA LUNA	**Identificación:**	CC-1.061.757.297
Dirección:	CLL 17B CRA 10E CASA 1 - Colombia,	**Teléfono:**	3128512557
Fecha	15/ene/1993	**Edad:**	32 Años 10 Meses 17 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	E.P.S Sanitas	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: NO PRESENTA RESTRICCIONES

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: WILLIAN ARLEY CHICANGANA LUNA

C.C.: 1.061.757.297

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	18/nov/2025 04:11 p. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618521**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	DUBER ORTEGA ZAPATA	**Identificación:**	CC-10.557.718
Dirección:	CRA 18 CLL 17 # 1673 BARRIO CENTRO - Colombia,	**Teléfono:**	3104198405- 3166563115
Fecha	20/mar/1967	**Edad:**	58 Años 8 Meses 15 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Servicio Occidental de Salud S.O.S. S.A.	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: DUBER ORTEGA ZAPATA

C.C.: 10.557.718

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	10/nov/2025 07:46 a. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**608791**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	BRAYAN ANDRES PECHENE MUÑOZ	**Identificación:**	CC-1.002.963.040
Dirección:	CRA 20 # 19-200 A 19 # 234 - Colombia,	**Teléfono:**	3136203080
Fecha	30/sept/2001	**Edad:**	24 Años 1 Meses 11 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:		**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: BRAYAN ANDRES PECHENE MUÑOZ

C.C.: 1.002.963.040

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	10/nov/2025 10:46 a. m.	**Cargo:**	OFICIAL DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**608780**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	JAIRO PALECHOR MAMIAN	**Identificación:**	CC-4.698.349
Dirección:	CLL 63 # 17-51 BARRIO EL UVO - Colombia,	**Teléfono:**	3135672253
Fecha	04/ago/1960	**Edad:**	65 Años 3 Meses 7 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	OFICIAL DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Servicio Occidental de Salud S.O.S. S.A.	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: JAIRO PALECHOR MAMIAN

C.C.: 4.698.349

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	04/nov/2025 11:40 a. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**608743**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	DON OFREN ASCUE SILVA	**Identificación:**	CC-1.067.522.873
Dirección:	VEREDA LA SELVA - CALOTO, CAUCA - Colombia,	**Teléfono:**	3235911597
Fecha	03/abr/2006	**Edad:**	19 Años 7 Meses 9 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Asociación Indígena del Cauca	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: DON OFREN ASCUE SILVA

C.C.: 1.067.522.873

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	26/nov/2025 04:13 p. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618543**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	JOSE DAVID GOMEZ MENDEZ	**Identificación:**	CC-76.311.054
Dirección:	VEREDA ALTO MORENO - Colombia,	**Teléfono:**	3246639444
Fecha	24/may/1969	**Edad:**	56 Años 6 Meses 10 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Nueva EPS	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: NO PRESENTA RESTRICCIONES

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: JOSE DAVID GOMEZ MENDEZ

C.C.: 76.311.054

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	24/nov/2025 03:12 p. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618533**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	JOSE DANILO MUÑOZ TOMBRE	**Identificación:**	CC-1.064.427.919
Dirección:	VEREDA FARALLONES - Colombia,	**Teléfono:**	3242192329
Fecha	12/jun/2005	**Edad:**	20 Años 5 Meses 21 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	MALLAMAS	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: NO PRESENTA RESTRICCIONES

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: JOSE DANILO MUÑOZ TOMBRE

C.C.: 1.064.427.919

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	18/nov/2025 05:11 p. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618527**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	JOSE LIGIO UZURIAGA GALLEGO	**Identificación:**	CC-76.041.601
Dirección:	CLL 11 # 3-25 LA ESPERANZA - Colombia,	**Teléfono:**	3205433127
Fecha	02/jul/1972	**Edad:**	53 Años 5 Meses 1 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: NO PRESENTA RESTRICCIONES

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: JOSE LIGIO UZURIAGA GALLEGO

C.C.: 76.041.601

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	06/nov/2025 11:55 a. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**608759**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	LAYNER ASTUDILLO FERRIN	**Identificación:**	CC-10.558.638
Dirección:	CRA 19 # 18-60 PUERTO TEJADA - Colombia,	**Teléfono:**	3104675425
Fecha	23/ago/1969	**Edad:**	56 Años 2 Meses 19 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Nueva EPS	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: LAYNER ASTUDILLO FERRIN

C.C.: 10.558.638

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	27/nov/2025 04:45 p. m.	**Cargo:**	CARPINTERO		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618570**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	MECIAS OROZCO ASTUDILLO	**Identificación:**	CC-76.307.348
Dirección:	CRA 36D # 14-18 BARRIO LOS CAMPOS - Colombia,	**Teléfono:**	3135614269
Fecha	06/jun/1968	**Edad:**	57 Años 5 Meses 27 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	CARPINTERO	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Nueva EPS	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: NO PRESENTA RESTRICCIONES

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: MECIAS OROZCO ASTUDILLO

C.C.: 76.307.348

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	17/nov/2025 04:30 p. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618519**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	PEDRO ANTONIO ASTAIZA HERNANDEZ	**Identificación:**	CC-76.290.705
Dirección:	VEREDA LA PAILA - Colombia,	**Teléfono:**	3235051594
Fecha	15/jul/1984	**Edad:**	41 Años 4 Meses 19 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: PEDRO ANTONIO ASTAIZA HERNANDEZ

C.C.: 76.290.705

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	17/nov/2025 04:18 p. m.	**Cargo:**	OFICIAL DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618506**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	RODRIGO PASAJE MEDINA	**Identificación:**	CC-6.601.331
Dirección:	CLL 17BIS # 10E-39 - Colombia,	**Teléfono:**	3117110407
Fecha	03/ago/1964	**Edad:**	61 Años 4 Meses
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	OFICIAL DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	E.P.S Sanitas	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: NO PRESENTA RESTRICCIONES

Recomendaciones:
- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: RODRIGO PASAJE MEDINA

C.C.: 6.601.331

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020

FUNDACION SOPORTE VITAL PREHOSPITALARIO - IPS SST

NIT 900444196-5

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO					
Fecha Atención:	24/nov/2025 08:42 a. m.	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA		
Examen:	Examen de Salud Ocupacional de Ingreso			**Historia:**	**618538**
Empresa:	CONSORCIO HD 2025	**T. Vinculación:**			

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	SEBASTIAN ALEXIS CORONADO BERNAL	**Identificación:**	CC-1.061.707.735
Dirección:	VEREDA FARALLONES - Colombia,	**Teléfono:**	3046647174
Fecha	30/mar/2006	**Edad:**	19 Años 8 Meses 5 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Particular
EPS:	Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	**ARL:**	ARP SURA

Concepto(s) Médico(s):	**Satisfactorio** **CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO: RESULTADO - SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES, PARA EL CARGO.**

Restricciones: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones:

- El ejercicio regular al menos 3 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. dieta hiposódica, hipoglúcida, hipocalórica / Estas recomendaciones no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
- Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.
- Se debe capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal suministrados para el trabajo seguro.
- Higiene postural.
- Pausas activas

NO SE GENERAN OBSERVACIONES MEDICAS ADICIONALES

SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES
VISIOMETRIA: REALIZADA
EXAMEN AUDITIVO: REALIZADO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: SEBASTIAN ALEXIS CORONADO BERNAL

C.C.: 1.061.707.735

Profesional: LUIS ANGEL PAPAMIJA Z.
RM: 1061724098
Resolución SST No. 74534 de 2020