Bogotá D.C., 05 de febrero de 2026

Señores:
INTERVENTORÍA Y CONSTRUCIVILES S.A.S.
Atn: Carlos Alberto Arámbula Currea
Representante legal

REFERENCIA: CONTRATO DE OBRA FDLM-258-2025

OBJETO: CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES.

ASUNTO: ENTREGA DE INFORME MENSUAL SST N°4

Cordial saludo,

Por medio del presente comunicado, se adjunta la entrega del informe mensual SST N°4 primera revisión, junto anexos.

Quedamos atentos a una oportuna respuesta.

Atentamente,

JULIAN CAMILO POVEDA
DIRECTOR DE OBRA
CONSORCIO LA ESTANZUELA

CONSORCIO LA ESTANZUELA
E-mail: consorciolaestanzuela@gmail.com

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO COP-258-2025

INFORME MENSUAL DE GESTIÓN SST No. 4

PERIODO:

21 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 20 DE ENERO DE 2026

FONDO DE DESARROLLO LOCAL LOS MARTRES (FDLM)

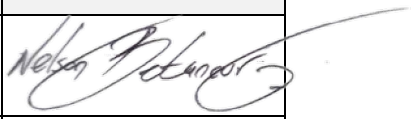
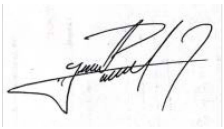
CONSORCIO LA ESTANZUELA

CONTRATO DE OBRA No. 258 DE 2025
"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN "

BOGOTÁ D.C, ENERO 2026

CONTROL DE VERSIONES		
VERSIÓN	**DESCRIPCIÓN**	**FECHA**
1	Entrega inicial primera versión	05/02/2026
	Aprobación por interventoría	

REVISION Y ESTADO DEL INFORME

		NOMBRE	**CARGO**	**FIRMA**
REVISION	**RESPONSABLE DE ELABORACIÓN:**	Ing. Nelson Betancur Gutiérrez	Profesional SST Contratista	
	RESPONSABLE REVISIÓN:	Ing. Julián Camilo Poveda Moreno	Director de obra Contratista	
	RESPONSABLE RESIDENTE SST APROBACION:	Ing. Edwin Beltrán	Profesional SST de Interventoría	
	RESPONSABLE DIRECTOR INTERVENTORIA APROBACION	Ing. Santiago Carillo Vargas	Director de Obra interventoría	

CONTROL DE MODIFICACIONES

REVISION No.	**MODIFICACION**	**FECHA DE MODIFICACION**	**OBSERVACIONES**
0	Elaboración del documento	N/A	N/A

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 8

2. OBJETIVOS 8

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 9

3. CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO 9

3.1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 9
3.1.1. OBJETO DEL CONTRATO 9
3.1.2. PLAZO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO 10
3.1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 10
3.1.4. LOCALIZACIÓN 11

4. ACTIVIDADES A EJECUTAR Y ALCANCE 12

4.1. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO 13

5. INFORMACIÓN GENERAL DE LA OBRA 14

6. CAPÍTULO 2: MANEJO SST DE OBRA 16

6.1. COMPONENTE D: SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 16
6.1.3. PERSONAL NUEVO 18
6.1.4. PERSONAL ANTIGUO 19
6.1.5. PERSONAL NUEVO 20
6.1.6. PERSONAL ANTIGUO 21
6.1.7. RETIRO DE PERSONAL 22
6.1.8. AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RIESGOS LABORALES 23
6.1.9. INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO 23

7. POLITICAS SG-SST 25

8. PAGO DE PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL 26

9. COMITES DE OBRA 26

10. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST) 27

11. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL (COCOLAB) 28

12. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 30

12.1. EXÁMENES DE INGRESO 30
12.2. EXÁMENES DE EGRESO 31

13. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL 31

13.1. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 31
13.2. REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO 33
13.3. ESTADÍSTICAS DE AUSENTISMO Y ENFERMEDAD LABORAL. 34
13.4. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE TRABAJO 34

14. CAPACITACIONES 35

15. PLAN DE EMERGENCIAS 36

15.1. ALMACENAMIENTO DE COMBUSTIBLE EN LA OBRA 38

16. PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO 39

17. SISTEMA DE HIDRATACIÓN 40

18. SEÑALIZACIÓN EN OBRA 41

19. MANEJO DE MAQUINARIA Y VEHÍCULOS 43

20. INDICADORES MÍNIMOS DE GESTIÓN RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 49

21. CONCLUSIONES 53

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Listado de CIV a intervenir 10
Tabla 2. Información General Contratista 14
Tabla 3. Información General Interventoría 15
Tabla 4. Personal Componente SST 16
Tabla 5. Cantidad de Personal 17
Tabla 6. Personal Nuevo 18
Tabla 7. Relación personal contractual 19
Tabla 8. Personal Nuevo CONSTRUPROYECTO ACP SAS 21
Tabla 9. Personal Nuevo CONSTRUCCIONES Y CONCRETOS SC SAS 21
Tabla 10. Personal Antiguo 22
Tabla 11. Retiro de personal 22
Tabla 12. Participantes del COPASST 28
Tabla 13. Participantes COCOLAB 29
Tabla 14. Índice de ausentismo 34
Tabla 15. Inspecciones en obra 35
Tabla 16. Relación de maquinaria CONSTRUPROYECTO ACP SAS 44
Tabla 17. Relación de maquinaria CONSYCON SC SAS 44
Tabla 18. Relación de volquetas ocasionales 45
Tabla 19. Relación de equipos de topografía 47
Tabla 20. Frecuencia de la accidentalidad 49

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Mapa de la localidad Los Mártires 12

LISTADO DE FOTOS

Foto No 1. Inducción SST 24
Foto No 2. Cartelera SST 25
Foto No 3. Comité de obra 27
Foto No 4. Entrega de dotación 32
Foto No 5. Entrega de epp 32
Foto No 6. Inspección, uso y estado de epp 33
Foto No 7. Capacitación SST 36
Foto No 8. Elementos de emergencia CIV 14000579 37
Foto No 9. Señalización informativa 37
Foto No 10. Señalización CIV 140001334 38
Foto No 11. Orden y aseo CIV 14000434 39
Foto No 12. Orden y aseo CIV 14001334 40
Foto No 13. Punto de hidratación 41
Foto No 14. Señalización CIV 14001334 42
Foto No 15. Señalización CIV 1400434 42
Foto No 16. Maquinaria en obra CIV 14000579 44
Foto No 17. Maquinaria en obra CIV 14001334 45
Foto No 18. Volquetas en obra 46
Foto No 19 Volquetas en obra 47
Foto No 20. Identificación de sticker 48
Foto No 21. Inspección de volquetas 48

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Base de datos personal

Anexo 2. Afiliaciones a seguridad social personal nuevo

Anexo 3. Inducción y notificación de riesgos

Anexo 4. Pagos de planilla de seguridad social

Anexo 5. Acta de reunión COPASST

Anexo 6. Exámenes Ocupacionales de Ingreso

Anexo 7. Entrega de dotación y epp

Anexo 8. Registro de capacitaciones

Anexo 9. Inspección de equipos de emergencia

Anexo 10. Inspección general de orden, aseo y locativos

Anexo 11. Inspección de señalización y seguridad

Anexo 12. Documentación de maquinaria

Anexo 13. Documentación de volquetas

Anexo 14. Certificados de equipos de topografía

Anexo 15. Inspección de maquinaria y vehículos

1. INTRODUCCIÓN

Con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales como empleador y las demás establecidas en el Contrato No. **258 de 2025**, el cual tiene como objeto es. ***‘‘****CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN*” el **CONSORCIO LA ESTANZUELA** elabora y presenta el **Informe de Gestión SST Mensual N°4**, correspondiente al periodo comprendido entre el **21 de Diciembre de 2025 al 20 de Enero de 2026,** el cual se realiza en cumplimiento a las obligaciones del Anexo técnico subtitulo Elementos básicos de la Gestión SGSST de la entidad contratante, El Fondo de Desarrollo Local de los Mártires - FDLM, utilizando como directriz el pliego de condiciones, el anexo técnico que incluye las obligaciones del contratista en gestión ambiental y de seguridad y salud en el trabajo A&SST.

Este documento contiene el avance de ejecución del **SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO- COMPONENTE SST** del Contrato No. 258 de 2025, la descripción y anexos que soportan cada una de las actividades realizadas durante el periodo reportado, que corresponde a la etapa de actividades constructivas.

2. OBJETIVOS

- Describir las actividades de la gestión SST adelantada por **CONSORCIO LA ESTANZUELA**, en la etapa de actividades constructivas en el desarrollo del contrato

No. 258 de 2025, durante el periodo comprendido entre el entre el 21 de diciembre de 2025 al 20 de enero de 2026.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las actividades SST desarrolladas durante la etapa de Actividades Constructivas
- Realizar el control de las actividades desde el punto de vista SST del proyecto.
- Adjuntar documentos soporte y evidencias de las actividades en materia SST realizadas durante el periodo reportado, en relación a cada uno de los programas propuestos en el componente SST.

3. CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

3.1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

3.1.1. OBJETO DEL CONTRATO

El Contrato No. **258 de 2025** tiene por objeto "**CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"**

3.1.2. PLAZO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El Contrato tendrá un plazo de ejecución de diez (10) meses, contados a partir de la fecha del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y legalización del respectivo contrato de obra, y previa suscripción de las respectivas Actas de Inicio.

3.1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El listado de las vías a intervenir, corresponden al producto del resultado de los presupuestos participativos, a mantenimientos (preventivos y correctivos) de canchas intervenidos, requerimientos realizados por el sector y del pre diagnóstico realizado por el Fondo De Desarrollo Local de Los Mártires en diferentes canchas de la localidad que se requieren mantenimiento (preventivo y/o correctivo) -Indispensable corroborar la titularidad del predio a favor del Distrito, lo cual se realiza mediante documento denominado certificación de bienes del patrimonio del inmobiliario distrital – sector central, expedido por el DADEP; y los cuales se relacionan a continuación.

Durante el presente periodo el día 15 de enero se dio inicio con actividades obra, donde se abrió el tercer CIV 14000579 (Ricaurte), y se continuaron con actividades constructivas en el primer CIV 14001334 (Santa Isabel) y segundo CIV 14000434 (Ricaurte Cl 9) por parte del **CONSORCIO LA ESTANZUELA.**

Tabla 1. Listado de CIV a intervenir

N°	CIV	EJE	DESDE	HASTA	BARRIO	KM/CARRIL	AÑO
1	14001334	CL 1G	KRA 25 A	KRA 26	SANTA ISABEL	0,1898	2025
2	14000579	CL 9	KRA 26	KRA 27	RICAURTE	0,3781	2025

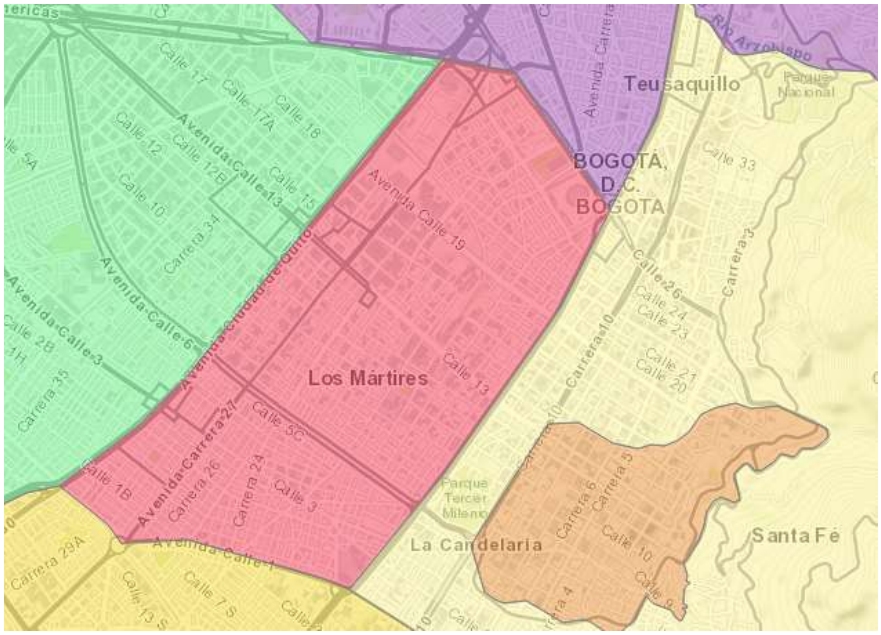
N°	CIV	EJE	DESDE	HASTA	BARRIO	KM/CARRIL	AÑO
3	14000434	CL 10	KRA 29	KRA 30	RICAURTE	0,2260	2025
4	14000117	CL 23	KRA 20	KRA 22	SANTA FE	0,2077	2025
5	14001210	KRA 18 B	CL 5	CL 5	LA ESTANZUELA	0,4473	2025
6	14001281	CL 4 A BIS	KRA 18 A	KRA 18 C	LA ESTANZUELA	0,1681	2025
7	14001507	DG 2ª	KRA 18	KRA 18 A	EDUARDO SANTOS	0,2179	2025
8	14000967	CL 7 BIS	KRA 18 A	KRA 18 B	LA ESTANZUELA	0,1240	2025
9	14000995	CL 7 BIS	KRA 18 A	KRA 18	LA ESTANZUELA	0,1240	2025
10	14001732	KRA 15	CL 8	CL 9	VOTO NACIONAL	0,3108	2025
11	14001047	KRA 15 A	CL 8	CL 9	VOTO NACIONAL	0,3465	2025

Fuente: Anexo Técnico

3.1.4. LOCALIZACIÓN

Los Mártires ocupa un área de apenas 6,5 km.2 de los 384 km.2 del área urbana de Bogotá. La localidad está dividida en veintidós barrios que se reparten entre dos Unidades de Planeación Zonal (UPZ), la UPZ 37 de Santa Isabel, conformada por los barrios La Estanzuela, Eduardo Santos, El Vergel, El Progreso, Santa Isabel, Santa Isabel Sur y Veraguas; y la UPZ 102 de La Sabana, compuesta por los barrios del Voto Nacional, San Victorino, El Listón, Florida, Ricaurte, La Sabana, La Pepita, Panamericano, Santafé, Samper Mendoza, Paloquemao, Colseguros, Usatama y La Favorita. La localidad limita al norte con la Avenida El Dorado o Calle 26 y la localidad de Teusaquillo; al sur con la Avenida 1° de Mayo y la localidad Antonio Nariño; al occidente con la Avenida NQS o Carrera 30 y la localidad de Puente Aranda; y al oriente con la Avenida Caracas y la localidad de Santa Fe.

Ilustración 1. Mapa de la localidad Los Mártires



Fuente: Consorcio La Estanzuela

4. ACTIVIDADES A EJECUTAR Y ALCANCE

Las actividades u obras para ejecutar son las siguientes:

El Contratista deberá adelantar las diferentes actividades y acciones necesarias que conlleven al cumplimiento de las obligaciones previstas la minuta del Contrato, anexo técnico, documento base y demás documentos que forma parte integral del presente proceso. Las acciones estarán centradas en la realización de mantenimiento (preventivo-correctivo), mejoramiento y/o adecuación y/o dotación de vías de proximidad para la recuperación y consolidación de espacios para la localidad de Los Mártires, donde el alcance del concepto está relacionado con la revisión del cumplimiento de los lineamientos y especificaciones técnicas definidos por el sector respectivo; así:

• Diagnóstico
• Estudios y diseños (de requerirse)
• Mantenimiento rutinario en pavimentos flexibles y rígidos
• Mantenimiento periódico en pavimentos flexibles y rígidos
• Rehabilitación en pavimentos flexibles y rígidos
• Reconstrucción en pavimentos flexibles y rígidos
• Intervención de espacio público asociado a las calzadas de los segmentos a intervenir
• Intervención de espacio público indicado por el Fondo de Desarrollo Local de los Mártires.
• Reparaciones puntuales (de requerirse)
• Atención de emergencias (de requerirse)
• Realización de las labores Ambientales, Seguridad y Salud en Trabajo y Gestión Social.
• Diseño e Implementación de señalización y demarcación de los tramos intervenidos.
• Ejecución de las labores de Manejo de Tráfico, Señalización y Desvíos
• Utilización de materiales provenientes del aprovechamiento de neumáticos usados o llantas no conforme -GCR-, en las actividades de pavimento asfáltico
• Utilización de elementos reciclados provenientes de los Centros de Tratamiento y/o Aprovechamiento de RCD (Residuos de la Construcción y Demolición) legalmente constituidos y/o la reutilización de los generados por las etapas constructivas y de desmantelamiento.

4.1. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO

El valor estimado para el presente proceso corresponde a **CINCO MIL SETESIENTOS DOCE MILLONES VEINTICINCO MIL PESOS** ($ 5.712.025.200) Moneda corriente.

5. INFORMACIÓN GENERAL DE LA OBRA

El FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES (FDLM) se compromete a pagar el valor total del Contrato de Obra Pública mediante pagos parciales de conformidad con el porcentaje de avance de ejecución física del contrato, los datos del contratista se pueden evidenciar en la siguiente tabla.

Tabla 2. Información General Contratista

CONTRATO	**COP 258 DE 2025**
Empresa	CONSORCIO LA ESTANZUELA
NIT	901.972.178-0
Representante Legal	RAFAEL EDUARDO MONTES NAVAS
Objeto	"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"
Dirección	CALLE 62A N° 7-65
Valor Total del contrato	$ 5.712.025.200
Fecha de inicio de obra	05 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Fecha de terminación de la obra	04 DE JULIO DE 2026
Tiempo estimado de duración de la obra	10 MESES

Fuente: Consorcio La Estanzuela

Tabla 3. Información General Interventoría

CONTRATO	**CIN No. 259 de 2025**
Empresa	INTERVENTORIA & CONSTRUCIVILES S.A.S
NIT	900.107.376-1
Representante Legal	CARLOS ALBERTO ARAMBULA CURREA
Objeto	REALIZAR LA INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA, SOCIAL, AMBIENTAL Y SST AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA QUE TENDRÁ POR OBJETO: "CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTO DEL PROCESO DE SELECCIÓN.
Dirección	CALLE 127A # 7-19
NIT	900.107.376-1
Representante Legal	ING. CARLOS ALBERTO ARAMBULA CURREA
Correo	iycmartires2025@gmail.com
Teléfono	(601) 9371881
Valor Total del contrato	$668.002.800
Fecha de inicio	05 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Fecha de terminación	04 DE JULIO DE 2026
Tiempo estimado de duración de la Interventoría	10 MESES

Fuente: INTERVENTORIA & CONSTRUCIVILES S.A.S

6. CAPÍTULO 2: MANEJO SST DE OBRA

Durante el periodo de reporte, que corresponde a la etapa de **ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS**, se desarrollaron las actividades descritas a continuación por componente y programas:

6.1. COMPONENTE D: SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

6.1.1. Personal Componente SST

Con el fin de dar cumplimiento a los términos contractuales, el siguiente es el personal que laboro durante el periodo de reporte para este componente, según las especificaciones dadas en el anexo técnico durante la etapa de actividades constructivas.

Tabla 4. Personal Componente SST

CARGO	NOMBRE COMPLETO	DEDICACIÓN
Profesional S.S.T.	Nelson Ernesto Betancur Gutiérrez	35%

Fuente: CONSORCIO LA ESTANZUELA

6.1.1. ACTIVIDADES SST

Durante el periodo se dio inicio de actividades en tema SST como: ingreso de nuevo personal subcontratista: como operadores de maquinaria y personal mano de obra no calificada, instalación de señalización informativa, encerramiento de obra, revisión de

documentación y afiliaciones a seguridad social, pago de planillas de seguridad social, exámenes médicos, capacitación, inspección de maquinaria amarilla y volquetas, entre otras.

6.1.2. PERSONAL CONTRACTUAL

Se relaciona el personal contractual de obra, correspondiente a el contrato **COP-258-2025.**

Tabla 5. Cantidad de Personal

CARGO	NUMERO DE PERSONAS
Director de Obra	1
Residente de Obra	1
Profesional Ambiental	1
Profesional SST	1
Residente Social	1
Inspector de Obra	1
Auxiliar Técnico	1
Topógrafo	1
Cadenero 1	1
Especialista Vías Y Pavimentos	1
Especialista En Geotécnica	1
Especialista En Redes Hidrosanitarias Y Secas	1
Profesional En Costos, Presupuesto Y Programación	1
Profesional Transito Y Transporte	1
Almacenista	1
Conductor	1
Ayudante parte social 1	1
Ayudante parte social 2	1
Ayudante parte ambiental 1	1
Ayudante parte ambiental 2	1

CARGO	NUMERO DE PERSONAS
Asistente parte social-actas de vecindad 1	1
Asistente parte social-actas de vecindad 2	1
TOTAL	**22**

Fuente: Anexo Técnico

6.1.3. PERSONAL NUEVO

Durante el presente periodo, se continuó con actividades de obra en el frente 1: CIV: 14001334 (Santa Isabel), y el frente 2: CIV: 14000434 (Ricaurte Cl 10)

Se dio apertura al tercer frente CIV 14000579 (Ricaurte Cl 9) el cual ingreso el sub contratista de obras, con el siguiente personal.

Se adjunta personal femenino, para el cumplimiento de porcentaje en el área social.

Tabla 6. Personal Nuevo

CARGO	NUMERO DE PERSONAS
Oficiales	1
Ayudantes	5
Operador de maquinaria	4
Auxiliar Administrativo	1
TOTAL	11

Fuente: Consorcio La Estanzuela

6.1.4. Personal Antiguo

El personal contractual del contrato **COP-258-2025**, se consta del siguiente personal, según las especificaciones dadas en los pliegos del anexo técnico.

Tabla 7. Relación personal contractual

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO	ARL	EPS	AFP
Julián Camilo Poveda Moreno	1.014.183.253	Director de Obra	07/10/2025	Activo	Sura	Compensar	Colfondos
Denis Stick Calceto	7.723.899	Residente de Obra	08/10/2025	Activo	Axa Colpatria	EPS Sura	Colpensiones
Diana Marcela Sandoval Amaya	1.023.936.212	Residente Social	07/10/2025	Activo	Axa Colpatria	EPS Sura	Porvenir
Nelson Ernesto Betancur Gutiérrez	1.121.898.477	Profesional SST	07/10/2025	Activo	Axa Colpatria	Sanitas	Porvenir
Julieth Stefanny Ortiz Ortiz	1.013.666.534	Profesional Ambiental	07/10/2025	Activo	Sura	Compensar	Colfondos
Kevin Adolfo Medina Cespedes	1.233.907.036	Inspector de Obra	07/10/2025	Activo	Axa Colpatria	Nueva EPS	Colpensiones
Juan Pablo Gil Osorio	1.074.191.041	Auxiliar Técnico	08/10/2025	Activo	Axa Colpatria	Famisanar	Porvenir
Juan Ricardo Troncoso Rivera	80.026.555	Especialista en Vías y Pavimentos	07/10/2025	Activo	Positiva	Sanitas	Colfondos
Juan Ricardo Troncoso Rivera	80.026.555	Especialista en Geotecnia	07/10/2025	Activo	Positiva	Sanitas	Colfondos
Jorge Eliecer Ibarra Hernández	10.766.686	Especialista en Redes Hidrosanitarias y Secas	07/10/2025	Activo	Positiva	EPS Suramericana	Colpensiones
Héctor Rafael Ojeda Pinto	11.000.758	Profesional En Costos, Presupuesto Y Programación	07/10/2025	Activo	Positiva	Sanitas	Porvenir

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO	ARL	EPS	AFP
Carlos Andrés Muñoz León	1.049.622.088	Profesional Tránsito y transporte	07/10/2025	Activo	Sura	Compensar	Colpensiones
Cristian Gustavo González Silva	1.026.568.860	Topógrafo	07/10/2025	Activo	Sura	Sanitas	Porvenir
David Camilo Toro Mosquera	1.026.306.679	Cadenero 1	20/10/2025	Activo	Axa Colpatria	Salud Total	Porvenir
Álvaro García	19.365.979	Almacenista	07/10/2025	Activo	Sura	Sanitas	Colpensiones
John Alberto Cajamarca Navarro	79.607.044	Conductor	07/10/2025	Activo	Sura	EPS Sura	Colpensiones
Wendy Yanine Echeverria Fontalvo	1.118.839.914	Ayudante Parte Social 1	06/10/2025	Activo	Axa Colpatria	Sanitas	Protección
Aurelio Roa Bernal	4.071.058	Ayudante Parte Social 2	20/10/2025	Activo	Axa Colpatria	Compensar	Protección
Juan Camilo Cubillos Morales	1.069.747.844	Ayudante Parte Ambiental 1	07/10/2025	Activo	Axa Colpatria	Nueva EPS	Porvenir
Luis Emilio Berrio Martínez	1.143.252.400	Ayudante Parte Ambiental 2	24/11/2025	Activo	Axa Colpatria	Mutual Ser	Colpensiones
Omar Leonardo Rodríguez Mendoza	1.010.214.904	Asistente Parte Social-Actas De Vecindad 1	07/10/2025	Activo	Sura	Sanitas	Porvenir
Wenndy Yuranny León Turriago	1.023.944.190	Asistente Parte Social-Actas De Vecindad 1	07/10/2025	Activo	Sura	Sanitas	Protección

Fuente: Consorcio La Estanzuela

6.1.5. Personal Nuevo

Durante el presente periodo, ingreso nuevo personal operativo por parte del sub contratista de obra, que se encuentra en ejecución de actividades del segundo frente de obra, el cual viene de la empresa **CONSTRUPROYECTOS ACP SAS**, y por parte de la empresa **CONSTRUCCIONES Y CONCRETOS SC SAS** en el tercer frente, donde se relaciona a continuación:

Tabla 8. Personal Nuevo CONSTRUPROYECTO ACP SAS

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO	ARL	EPS	AFP
Valentina López Gil	1.193.581.333	Auxiliar Administrativo	19/01/2026	Activo	Axa Colpatria	Famisanar	Porvenir
Oscar Luis Casuil Pérez	1.068.816.635	Ayudante	13/01/2026	Activo	Positiva	Famisanar	Porvenir
Elkin Manuel Aguas Mercado	1.005.419.421	Ayudante	13/01/2026	Activo	Positiva		Porvenir
Leonel Enrique Aguas Mercado	1.100.624.908	Ayudante	13/01/2026	Activo	Positiva		Porvenir
Luis Jose López Mora	79.135.658	Oficial	19/01/2026	Activo	Positiva	Salud Total	Porvenir
Edgar González González	1.005.344.135	Operador Retroexcavadora	19/01/2026	Activo	Sura	Famisanar	Porvenir
Duván Andrés Bernal Romero	1.072.431.344	Operador Minicargador	19/01/2026	Activo	Sura	Famisanar	Protección
Rafael Antonio Torres Ordoñez	10.954.273	Operador Vibro compactador	19/01/2026	Activo	Sura	Famisanar	Colpensiones

Fuente: Consorcio La Estanzuela

Tabla 9. Personal Nuevo CONSTRUCCIONES Y CONCRETOS SC SAS

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO	ARL	EPS	AFP
Jeyson Alejandro Muñoz Garzón	1032400990	Operador Retroexcavadora	15/01/2026	Activo	Sura	Nueva EPS	Porvenir
Jhonatan Molina Ardila	1099544626	Oficial	19/01/2026	Activo	Sura	Nueva EPS	Porvenir
Kevin Alexander Muñoz Hernández	1007519829	Ayudante	15/01/2026	Activo	Sura	Capital Salud	Porvenir
Deivis Alfonso Dávila Rúa	1192843240	Ayudante	19/01/2026	Activo	Sura	Nueva EPS	Porvenir

6.1.6. Personal Antiguo

Durante el presente periodo, se continuó en ambos frentes de obra con el personal operativo, por parte del subcontratista **CONSTRUPROYECTO AC SAS**.

Tabla 10. Personal Antiguo

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO	ARL	EPS	AFP
José Guillermo Salvador Motavita	4.249.114	Maestro	12/11/2025	Activo	Positiva	Salud Total	Porvenir
Carlos Arturo Rodríguez Ramos	79.297.840	Oficial	12/11/2025	Activo	Positiva	Compensar	Porvenir
Yobany Ramírez Preciado	1.022.971.329	Oficial	12/11/2025	Activo	Positiva	Salud Total	Porvenir
José Wilson Carvajal Florian	80.072.104	Ayudante	18/11/2025	Activo	Positiva	Salud Total	Porvenir
Fernando Hernández Lana	1.077.438.252	Ayudante	02/12/2025	Activo	Positiva	Sanitas	Porvenir
Daniel Eduardo Hernández Jiménez	1.052.954.093	Ayudante	10/12/2025	Activo	Positiva	Mutual Ser	Porvenir
Jhon Jairo Mora Pérez	80.741.817	Oficial	10/12/2025	Activo	Positiva	Famisanar	Protección

Fuente: Consorcio La Estanzuela

6.1.7. Retiro de Personal

Para este periodo, se presentaron dos (2) retiros de personal operativo del subcontratista de obra **CONSTRUPROYECTO ACP SAS**.

Tabla 11. Retiro de personal

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CARGO	INGRESO	RETIRO	ARL	EPS	AFP
Guillermo Olier González	1.006.869.423	Ayudante	02/12/2025	08/01/2026	Positiva	Nueva EPS	Porvenir
Cristóbal Antonio Arroyo Osorio	92.537.051	Oficial	02/12/2025	14/01/2026	Positiva	Salud Total	Porvenir

Fuente: Consorcio La Estanzuela

Anexo 1. Base de datos personal

6.1.8. Afiliación Al Sistema De Seguridad Social Y Riesgos Laborales

Los aportes a la seguridad social deben ser integrales, es decir que deben incluir afiliación a una Entidad promotora de salud (EPS), a una administradora de fondo de pensiones (AFP) y a una administradora de riesgos laborales (ARL) el Sistema General de Riesgos Laborales es un mecanismo de protección para todos los trabajadores en Colombia, orientado al aseguramiento y atención de los empleados, ante la posible ocurrencia de accidentes de trabajo o una enfermedad laboral.

Para este periodo se adjunta afiliaciones de personal nuevo, por parte del contratista de obra **CONSTRUPROYECTO ACP SAS y CONSTRUCCIONES Y CONCRETOS SC SAS.**

Anexo 2. Afiliaciones a seguridad social

6.1.9. Inducción y Entrenamiento

Este subprograma está diseñado para demostrar el preentrenamiento de obra, es aquí donde durante el presente periodo al personal que ingreso se le realizó una inducción, concienciación, entrenamiento, capacitación, notificación de riesgos, charla al manual de sus funciones e información del contrato se habló:

- ✓ Socialización las políticas.
- ✓ Socialización reglamento de Higiene y Seguridad industrial.

- ✓ Socialización de política de no alcohol drogas y tabaco.
- ✓ Sistemas de seguridad social.
- ✓ Socialización accidente de trabajo, reporte de AT y enfermedad laboral
- ✓ Socialización de Procedimientos de ATEP y los que apliquen según las actividades constructivas que se desarrollen.
- ✓ Notificación de riesgos.
- ✓ Uso de Elementos de Protección Personal.
- ✓ Notificación del examen de ingreso y egreso.
- ✓ Procedimiento de trabajo seguro, actividades de alto riesgo.

Foto No 1. Inducción SST

	
Inducción personal nuevo	Inducción personal nuevo

Anexo 3. Inducción y notificación de riesgos

7. POLITICAS SG-SST

Para el presente periodo el contratista de obra cuenta con la publicación de sus cuatro políticas, con el fin de conocimiento y divulgación al personal de obra. Estas políticas se encuentran firmadas por el representante legal de la empresa y colgadas en la cartelera informativa SST para conocimiento del personal en obra. Igualmente se socializan durante la inducción al personal nuevo que ingresa a trabajar. En el desarrollo de la obra nos acogemos a las políticas que están constituidas por el **CONSORCIO LA ESTANZUELA,** las cuales se imprimieron y se encuentran instaladas en cada una de las carteleras ambiental-SST de los dos frentes de obra.

Para este periodo, se instaló cartelera ambiental-SST en el frente nuevo CIV: 14000579 (Ricaurte Cl 9). Actualmente se encuentra instalada las dos carteleras en los dos primeros CIVS, puesto que no se ha desmantelado ninguna carpa.

Foto No 2. Cartelera SST

	
Cartelera SST CIV 14000579	Cartelera SST CIV 14000434

8. PAGO DE PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Las planillas de pago de seguridad social se anexan mensualmente durante los días que corresponda según el NIT para ser revisadas y recibir aprobación por parte del Profesional SST, en el caso del personal profesional se anexa planilla del mes vencido. En caso de trabajadores nuevos, se verifican las afiliaciones correspondientes de cada uno.

Para este periodo, se adjunta pago de planillas de seguridad social del personal contractual mes de diciembre

Anexo 4. Pago de planillas de seguridad social personal

9. COMITES DE OBRA

Para el presente periodo, se realizó un comité de obra, el día jueves 15/01/2026, por cada una de las partes interesadas: **CONSORCIO LA ESTANZUELA** (contratista), **INTERVENTORIA & CONSTRUCIVILES S.A.S** interventoría Y **ALCALDIA LOCAL DE LOS MÁRTIRES** (Apoyo a la supervisión del FDLM)

Foto No 3. Comité de obra

	
Comité presencial de obra 15/01/2026	Comité presencial de obra 15/01/2026

10. COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST)

El Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, constituye un medio importante para promocionar la Salud laboral en todos los niveles de la empresa, buscar acuerdos con las directivas y responsables del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo en función del logro de metas y objetivos concretos, divulgar y sustentar prácticas saludables y motivar la adquisición de hábitos seguros. La Resolución 2013 de 1986 resuelve que todas las empresas e instituciones públicas o privadas que tengan a su servicio 10 o más trabajadores, están obligadas a conformar un Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) y si la empresa cuenta con menos de 10 trabajadores de planta se nombrara un vigía Se realizo conformación y elección el día 16 de abril de 2025 del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, en los frentes de obra, donde los representantes hicieron presencia y se comprometieron a cumplir con las

obligaciones que ayudan a fortalecer las políticas y la organización del programa de seguridad y salud en el trabajo.

Tabla 12. Participantes del COPASST

SELECCIONADOS POR EL DIRECTOR DE OBRA	
PRINCIPALES	**SUPLENTES**
Nelson Betancur cc: 1.121.898.477 Profesional SST	Camilo Cubillos cc: 1.069.747.844 Ayudante parte ambiental 1
SELECCIONADO POR LOS TRABAJADORES	
PRINCIPALES	**SUPLENTES**
Aurelio Roa Bernal cc: 4071058 Ayudante parte social2	Álvaro García cc: 19365979 Almacenista

Fuente: Consorcio La Estanzuela

Anexo 5. Reunión COPASST

11. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL (COCOLAB)

Se conformó el Comité de Convivencia con el personal de la empresa , el cual va hacer delgado por el Representante Legal en las instalaciones de la empresa se reunió el Representante Legal y sus trabajadores para conformar el Comité de Convivencia Laboral, dando cumplimiento a lo Establecido en la ***Resolución 1356 del 2012*** que modifica los artículos 3,4,9, 14 de la resolución 652 de 2012, ***Resolución 2646 del 2008, Ley 1010 del***

2006, a los requisitos y normas legales vigentes de Seguridad y Salud en el trabajo en Colombia y en especial las que le confieren el literal b) del artículo 83 de la Ley 9a de 1979 y el numeral 7 del artículo 6° del Decreto 4108 de 2011. Se eligieron los integrantes del CCL por parte de los trabajadores. De acuerdo a la ***Resolución 652 de 2012*** el comité de connivencia debe Reunirse ordinariamente cada tres (3) meses y extraordinariamente cuando se presenten casos que requieran de su inmediata intervención. Para este periodo no se realizó acta de reunión. Para este periodo no se realizó acta de reunión con los trabajadores.

Tabla 13. Participantes COCOLAB

SELECCIONADOS POR EL DIRECTOR DE OBRA	
PRINCIPALES	**SUPLENTES**
Diana Sandoval cc: 1023936212 Residente Social	Wendy Echeverria cc: 1118839914 Ayudante parte social 1
SELECCIONADO POR LOS TRABAJADORES	
PRINCIPALES	**SUPLENTES**
John Cajamarca cc: 79607044 Conductor	Juan Pablo Gil Osorio Cc: 1074191041 Auxiliar Administrativo

Fuente: Consorcio La Estanzuela

12. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

Consiste en las actividades encaminadas a la promoción y control de la salud de los trabajadores. En este Subprograma se integran las acciones de Medicina Preventiva y Medicina del Trabajo.

12.1. Exámenes de Ingreso

Se realizaron los respectivos exámenes de ingreso a todo trabajador que ingreso a desarrollar actividades laborales al Contrato **COP-258-2025**, se les realizo el examen médico ocupacional, antes de iniciar sus respectivas actividades. Para este periodo se realizaron un total de once (11) exámenes, por parte del subcontratista de obra.

Anexo 6. Exámenes médicos ocupacionales

Estos exámenes ocupacionales se realizan por IPS idóneas para realizar dichos exámenes una de estas entidades utilizadas es **QUIRON PREVENCION** entidad que cuenta con un grupo de médicos especialistas en salud ocupacional para realizar dichos exámenes, y licencia de prestación de Servicios de Seguridad y Salud y Trabajo, es utilizada solo para los empleados contratados directamente para el Consorcio La Estanzuela, los demás como se utiliza el modo de subcontratación tienen el manejo de escoger su IPS según comodidad y cercanía.

12.2. Exámenes de egreso

Los exámenes médicos de egreso se realizarán cuando a un empleado se le da o el mismo decide terminar sus labores, sin importar la causa. Este examen comprende de un chequeo médico general, y busca tener la certeza que la persona se retira en buenas condiciones de salud laboral. Donde el trabajador tendrá 5 días hábiles para hacerse el examen una vez sea notificado, de no realizárselo se dará por entendido su renuncia a este. Para este periodo no hubo realización de exámenes de egreso por parte del contratista de obra.

13. SUBPROGRAMA DE HIGIENE INDUSTRIAL

13.1. Elementos de Protección Personal

Luego de identificar los riesgos a los que estará expuesto el trabajador, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos, a la hora de seleccionar los elementos de protección personal adecuados:
Para el presente periodo se realizó el suministro según normativa de elementos de protección personal al personal ingresado al contrato, estos elementos fueron por cada trabajador: casco, monogafas transparentes, guantes vaqueta y caucho, tapa oídos, tapa bocas, botas punta acero cuero. Como dotación se suministró el overol negro y rojo para operativos, chaleco verde para auxiliar profesionales, chaqueta roja para auxiliar y/o profesional SST.

Durante el mes de enero se realizó entrega de dotación y epp al personal operativo y administrativo del contrato COP-258-2025.

Foto No 4. Entrega de dotación

	
Entrega de dotación personal operativo	Entrega de dotación personal operativo

Foto No 5. Entrega de epp

	
Entrega de epp personal operativo	Entrega de epp personal operativo

Foto No 6. Inspección, uso y estado de epp

	
Inspección de dotción	Inspección de dotación

Anexo 7. Entrega de dotación y epp

13.2. Reporte e investigación de accidentes e incidentes de trabajo

Para verificar los indicadores de accidentabilidad según exigidos en la normatividad colombiana **Resolución 0312 de 2019**, por la cual se modifican los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes.

Durante el presente periodo NO se presentó ningún tipo accidente de trabajo.

13.3. Estadísticas de ausentismo y enfermedad laboral.

De igual forma para el cálculo de los indicadores de ausentismo y enfermedad se utiliza para cumplimiento de la normativa legal vigente en Colombia la **Resolución 0312 de 2019,** por la cual se modifican los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes.

Tabla 14. Índice de ausentismo

INDICE DE AUSENTISMO										
Periodo: 21 de diciembre de 2025 al 20 de enero de 2026										
CANTIDAD DE TRABAJADOR (MONC)	HORA TRABAJO (H.T.) DIARIO	H. T. DIARIAS TOTALES	H. T. SEMANAL	H.T. MES	AUS. POR E.C. (DIAS)	AUS. POR A.T. (DÍAS)	AUS. POR PERMISO	TOTAL, DÍAS PERDIDOS	TOTAL, HORAS PERDIDAS	HHTR
43	8	344	2.064	8.256	0	0	0	0	0	8.256

Fuente: Consorcio La Estanzuela

13.4. Diagnóstico De Condiciones De Trabajo

En el contrato **COP 258 de 2025**, se manejará todo el tema de inspecciones de trabajo seguro en los frentes de obra, así como se muestra a continuación en la tabla, para garantizar las medidas de seguridad en cada actividad.

Tabla 15. Inspecciones en obra

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODICIDAD
Inspección preoperacional de equipos, maquinaria y vehículos	Profesional SST	Semanal
Inspección de extintores	Profesional SST	Mensual
Inspección de botiquín	Profesional SST	Mensual
Inspecciones de orden, aseo y almacenamiento	Profesional SST	Semanal
Inspección de señalización de seguridad	Profesional SST	Semanal
Inspección de estado y uso de elementos de protección personal	Profesional SST	Semanal
Inspección de maquinaria	Profesional SST	Semanal

Fuente: Consorcio La Estanzuela

14. CAPACITACIONES

De acuerdo al cronograma de actividades, para este periodo, se realizaron (3) capacitaciones en SST al personal relacionado en obra, dando un cumplimiento del 100%

% Cumplimiento Capacitaciones	$\frac{No.\ capacitaciones\ realizadas\ en\ el\ periodo}{No.\ capacitaciones\ programadas} * 100\ \%$	100 %

$$\frac{\mathbf{3}}{\mathbf{3}}\ \boldsymbol{x}\ \mathbf{100}\ =\ \mathbf{100\%} = \mathbf{100\%}$$

Foto No 7. Capacitación SST

	
Capacitación personal obra	Capacitación personal obra

Anexo 8. Registro de capacitaciones

15. PLAN DE EMERGENCIAS

El Consorcio La Estanzuela cuenta con el plan de emergencias que fue enviado en el Plan SST, anexo 7 donde se establecerá las herramientas necesarias para planear, organizar, dirigir y controlar las actividades a seguir frente a la ocurrencia de una emergencia. Durante este periodo se instaló algunos elementos de emergencia ubicados en diferentes puntos de la obra: rutas de evacuación, identificación de los elementos de atención de emergencias como botiquín, extintor, camilla de emergencias y números de contacto para la atención de emergencias, donde se realizaban inspecciones semanales verificando el cumplimiento y el estado de estos elementos.

Foto No 8. Elementos de emergencia CIV 14000579

	
Elementos de emergencia	Elementos de emergencia

Foto No 9. Señalización informativa

	
Valla informativa CIV 14000434	Valla Informativa CIV 14001334

Foto No 10. Señalización CIV 140001334

	
Inspección de extintor	Inspección de botiquin

Anexo 9. Inspección de equipos de emergencia

15.1. Almacenamiento de Combustible en la obra

El Consorcio La Estanzuela en función de garantizar el bienestar y la seguridad de los trabajadores y el entorno laboral no contara con un punto de acopio de combustible dentro de la obra. Sin embargo, dado el caso que se requiera se contara con un área de almacenamiento temporal y será aprobado por la interventoría y se contara con las siguientes medidas de seguridad como son**:**

- El área de almacenamiento se ubicará en un lugar distante de donde se realicen las labores
- Rotulación
- Área de marcada

- Área señalizada
- Avisos informativos
- Kit de control de derrame

Durante el periodo no se presentaron derrame de combustibles en los frentes intervenidos.

16. PROGRAMA DE ORDEN Y ASEO

Durante las actividades realizadas en el transcurso del día se tiene en cuenta muy importante la realización del orden y aseo finalizando actividades antes de salir de trabajo, donde cada personal en su respectivo frente se hace de manera responsable de dejar todo ordenado y limpio, con el objetivo de mantener una buena imagen. Durante el trascurso del periodo, se estuvo realizando diariamente.

Foto No 11. Orden y aseo CIV 14000434

	
Orden y aseo CIV Ricaurte	Orden y aseo CIV Ricaurte

Foto No 12. Orden y aseo CIV 14001334

	
Orden y aseo Santa Isabel	Orden y aseo Santa Isabel

Anexo 10. Inspección general de orden, aseo y locativos

17. SISTEMA DE HIDRATACIÓN

Algunas consecuencias de la deshidratación en el entorno laboral son el incremento de la temperatura corporal y de la frecuencia cardiaca, acompañados por aumento en la sensación del esfuerzo percibido para realizar una tarea, disminución de la capacidad de trabajo físico cuando la deshidratación es superior a la pérdida de 2% del peso corporal, influencia negativa en la toma de decisiones y en el rendimiento cognitivo, lo que contribuye a la disminución de la productividad y mayor riesgo de accidentes de trabajo. Durante este periodo se instaló botellón grande en el campamento dándole buen uso y concientizando a la persona sobre el ahorro y el consumo que se debe hacer. Esta hidratación es responsabilidad del profesional SST de guardar y entregarla al personal de obra.

Foto No 13. Punto de hidratación

	
Punto de hidratación CIV 14000579	Punto de hidratación CIV 14000434

18. SEÑALIZACIÓN EN OBRA

Durante este mes se tuvo en cuenta la señalización preventiva donde se realizó la instalación de estos en los diferentes sitios de la obra, para resguardar la seguridad de los trabajadores, reduciendo el riesgo de accidentes al mínimo. Se considera que es una forma muy efectiva de comunicación en el espacio de trabajo, siempre y cuando los empleadores expliquen claramente a sus trabajadores el significado de cada señal. En este periodo se realizó la instalación de señalización en los diferentes frentes intervenido para conocimiento y uso del trabajador y la colocación de cinta peligros en partes criticas para prevención de accidentes como excavaciones y acopios de material.

Foto No 14. Señalización CIV 14001334

	
Señalización de sumideros	Señalización de pozos

Foto No 15. Señalización CIV 1400434

	
Señalización de excavación	Señalización de excavación

Anexo 11. Inspección de señalización y seguridad

19. MANEJO DE MAQUINARIA Y VEHÍCULOS

Durante el periodo de obra, ingresaron tres maquinarias (3): 1 vibro compactador y un minicargador de ruedas en el CIV 14001334 (Santa Isabel) y una (1) retroexcavadora de orugas en el CIV 14000434 (Ricaurte Cl 10), por parte del contratista de obra **CONSTRUPROYECTO ACP SAS**. Adicional a eso se presentó el retiro de las dos maquinarias (1 retroexcavadora de orugas y 1 vibro compactador) que ingresaron desde el principio de obra.

En el nuevo CIV 14000579 (Ricaurte CL 9), solo ingreso al frente una (1) retroexcavadora de orugas, por parte del nuevo contratista de obra **CONSTRUCCIONES Y CONCRETO SC SAS.**

• Se deben mantener en excelentes condiciones de funcionamiento.

• Se realizarán inspecciones pre operacionales previo al uso de maquinaria y equipos con el propósito de verificar su correcto funcionamiento. Se debe dejar registro de los pre operacionales, mediante el diligenciamiento del formato vigente.

• Se le notificara a la interventoría cuando se realice el retiro de la maquina o equipo de la obra.

• Se contará con número de identificación interno ubicado en un lugar visible.

• Documentación vigente tanto de maquinaria como la del operador.

Tabla 16. Relación de maquinaria CONSTRUPROYECTO ACP SAS

MAQUINARIA	NOMBRE DEL OPERADOR	CEDULA	N° STICKER	MARCA	MODELO
Retroexcavadora de Orugas	Edgar González González	1005344135	009	LISHIDE	2014
Minicargador de Ruedas	Duván Andrés Bernal Romero	1.072.431.344	--	CATERPILLAR	2008
vibro compactador	Rafael Antonio Torres Ordoñez	10.954.273	--	HAMM	2019

Fuente: Consorcio La Estanzuela

Tabla 17. Relación de maquinaria CONSYCON SC SAS

MAQUINARIA	NOMBRE DEL OPERADOR	CEDULA	N° STICKER	MARCA	MODELO
Retroexcavadora de Orugas	Jeyson Alejandro Muñoz Garzón	1032400990	012	HITACHI	2004

Fuente: Consorcio La Estanzuela

Foto No 16. Maquinaria en obra CIV 14000579

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
<tr>
<td>Retroexcavadora de Orugas CIV 14000579</td>
<td>Identificación de sticker maquinaria</td>
</tr>
</table>

Foto No 17. Maquinaria en obra CIV 14001334

	
vibro compactador	Minicargador de ruedas

Adicional se presentó para este periodo, el ingreso de dos volquetas nuevas en obra, los cuales ingresan a obra a cargar o descargar material. Donde cada uno cuenta con toda su documentación vigente: SOAT, RUNT, Tarjeta de propiedad, licencia, cédula, etc.

Nota: Las volquetas con placas SOR 193, SZW 439 y la GUQ 479 están pendientes por colocación de sticker, ya que estas fueron unos pocos días y no han regresado nuevamente a la obra.

Tabla 18. Relación de volquetas ocasionales

PLACAS	MARCA	MODELO	N°STICKER	NOMBRE DEL CONDUCTOR	CEDULA	SOAT	TECNOMECANICA
JPP 818	INTERNATIONAL	2025	004	Dixon Javier Morales	1.022.951.259	1508006329978000 2026/07/04	N/A
SOR 193	NTERNATIONAL	2012	--	Fabio Alexander Pinto Castillo	1.033.765.496	9310014332602 2026/06/15	181736488 2026/06/13
SOP 940	KENWORTH	2010	013	Yeiber Hernan Mora Cotrina	1.000.929.531	3308005918427000 2026/7/17	183307905 2026/8/18

PLACAS	MARCA	MODELO	N°STICKER	NOMBRE DEL CONDUCTOR	CEDULA	SOAT	TECNOMECANICA
TZW 602	INTERNATIONAL	2014	014	Edixon Orlando Garzón Martinez	8.904.894	91112519 2026/8/31	184368072 2026/10/03
EKS 871	CHEVROLET	2006	015	Javier Steven Monastoque	1.031.182.845	90807502 2026/4/30	181025391 2026/05/02
TFP 488	NTERNATIONAL	2012	016	José Ignacio Venegas Vargas	79.925.801	90683841 2026/2/12	185664643 2026/11/30
SVC 747	NTERNATIONAL	2012	017	Manuel Torres Contreras	79.605.589	91401530 2026/5/12	185229488 2026/11/11
SZW 439	MACK	2012	--	José Alfredo Martínez Jiménez	79.965.565	93603038 2026/10/29	186740035 2027/01/07
GUQ 479	FREIGTHLEINER	2019	--	Yojan Estiben Farfán Muñoz	1.031.164.763	3308006019254000 2026/10/23	181351488 2026/5/23

Fuente: Consorcio La Estanzuela

. Foto No 18. Volquetas en obra

	
Volqueta TZW 602	Volqueta SOP 940

Foto No 19 Volquetas en obra

	
Volqueta EKS 871	Volqueta SZW 439

Se continúa con la relación y los mimos equipos de topografía utilizados por el personal de topografía del contrato de obra **COP-258-2025,** los cuales cuentan con todos sus soportes y certificados de calibración debidamente actualizados.

Tabla 19. Relación de equipos de topografía

CANTIDAD	EQUIPO	MARCA	MODELO
1	Estación	Hi-Target	ZTS-420L8
1	Nivel Automático	TOPCON	AT-B4A N° WP191002

Fuente: Consorcio La Estanzuela

Foto No 20. Identificación de sticker

	
Identificación de sticker volqueta	Identificación de sticker volqueta

Foto No 21. Inspección de volquetas

	
Inspección de volqueta SVC 747	Inspección de volqueta TFP 488

Anexo 12. Documentación maquinaria

Anexo 13. Documentación volquetas

Anexo 14. Certificados de equipos de topografía

Anexo 15. Inspección de maquinaria y vehículos

20. INDICADORES MÍNIMOS DE GESTIÓN RESOLUCIÓN 0312 DE 2019

a) Frecuencia de la Accidentalidad

Este indicador te permitirá calcular la cantidad de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes en una empresa. Este indicador se mide mensual.

$$Frecuencia\ de\ accidentalidad = \frac{N°\ accidentes\ de\ trabajo\ en\ el\ mes}{N°\ de\ trabajadores\ en\ el\ mes}\ x\ 100$$

$$Frecuencia\ de\ accidentalidad = \frac{0\ accidente}{43\ \text{trabajadores}}\ x\ 100 = \mathbf{0}\%$$

Tabla 20. Frecuencia de la accidentalidad

MES	N° Accidentes por mes	N° Trabajadores por mes	Frecuencia de accidentalidad
Septiembre	0	0	0
Octubre	0	22	0
Noviembre	0	28	0
Diciembre	0	35	0

MES	N° Accidentes por mes	N° Trabajadores por mes	Frecuencia de accidentalidad
Enero	0	43	0

Interpretación: La frecuencia de accidentalidad durante el mes de diciembre fue del 0 % esto quiere decir que por cada 100 trabajadores que trabajaron durante el mes, no se presentaron accidentes.

b). Severidad de la accidentalidad

Este tipo de indicador la severidad está dada por la cantidad de días perdidos por concepto de accidentes laborales. Se mide mensualmente.

$$\textbf{S.A} = \frac{\boldsymbol{N° \text{ de dias de incapacidad por AT en el mes} + N° \text{ días cargados en el mes}}}{\boldsymbol{N° \text{ de trabajadores en el mes}}} \boldsymbol{x\ 100}$$

$$Severidad\ de\ accidentalidad = \frac{0+0}{43 \text{ trabajadores}}\ x\ 100 = \frac{0}{43 \text{ trabajadores}}$$

$$= 0\ x\ 100\%$$

$$= \mathbf{0}\ \%$$

Interpretación: En el índice de severidad fue del 0 %, donde nos dice que por cada 100 trabajadores que laboraron en el mes, la severidad de accidentalidad fue de 0, porque no se presentaron accidentes.

Proporción de accidentes de trabajo mortales

En el desarrollo de la obra, no se han presentado ningún accidente mortal, y durante este mes no hubo ninguno. Este indicador se mide anualmente.

$$\boldsymbol{Proporción\ de\ accidentes\ en\ el\ año} = \frac{\boldsymbol{N°\ accidentes\ mortales\ en\ el\ año}}{\boldsymbol{N°\ de\ accidentes\ en\ el\ año}}\ \boldsymbol{x\ 100}$$

$$\boldsymbol{Proporción\ de\ accidentes\ en\ el\ año} = \frac{\boldsymbol{0}}{\boldsymbol{0\ accidentes}}\ \boldsymbol{x\ 100 = 0}\ \%$$

Interpretación: En la obra durante el mes, en lo que va ejecutado de la obra es del 0% de accidentes.

d). **Ausentismo por causa médica**

$$\boldsymbol{A.M} = \frac{\boldsymbol{N°\ de\ días\ de\ ausencia\ por\ incapacidad\ laboral\ o\ común\ en\ el\ mes}}{\boldsymbol{N°\ de\ días\ programados\ de\ trabajo\ en\ el\ mes}}\ \boldsymbol{x\ 100}$$

Días de incapacidad por Accidentes de Trabajo = **0**

Días de incapacidad por Enfermedad Laboral = **0**

Días de incapacidad por Incapacidad común= **0**

Número de días programados de trabajo en el mes = **30 días**

$$\frac{0}{30} = \ 0\ x\ 100 = \textbf{100\%}$$

Interpretación: En el ausentismo por causa médica durante este mes fue del 0%, quiere decir que no se perdieron días programados de trabajo por incapacidad médica.

21. CONCLUSIONES

• Se recomienda a todos los trabajadores en obra, incluyendo a subcontratista, terceros y profesionales sobre la importancia del uso obligatorio del casco dentro de la obra y demás epp a utilizar dependiendo de la actividad a realizar.

• Para el presente periodo se dio ingreso de cuatro (4) maquinarias en los distintos frentes de la obra: 2 retroexcavadora de orugas, 1 minicargador de ruedas y 1 vibro compactador. Los cuales contaban con toda la documentación vigente tanto de maquinaria, como del operador.

• Se realizo el ingreso de personal nuevo sub contratista para el tercer CIV 14000579 (Ricaurte Cll 9), donde ingresaron: cuatro (4) personas: 2 ayudantes, 1 oficial y 1 operador de retroexcavadora.

• Se realizo registro de entrega de dotación y epp a personal operativo, relacionado al contrato de obra CONSORCIO LA ESTANZUELA.

• Se adjunta pago de planillas de seguridad social del personal contratista y sub contratista que se encuentra vinculado a los trabajados del contrato de obra COP-258-2025.

• Se realiza registro de ingreso de personal femenino, para cumplimiento de porcentaje al contrato de obra, de acuerdo al área social.

• Se realiza inspección de elementos de emergencia como: botiquin, extintores, camillas y kit antiderrames en cada uno de los CIV abiertos.

ANEXOS

Anexo 1. Base de datos personal

Anexo 2. Afiliaciones a seguridad social personal nuevo

Anexo 3. Inducción y notificación de riesgos

Anexo 4. Pagos de planilla de seguridad social

Anexo 5. Acta de reunión COPASST

Anexo 6. Exámenes Ocupacionales de Ingreso

Anexo 7. Entrega de dotación y epp

Anexo 8. Registro de capacitaciones

Anexo 9. Inspección de equipos de emergencia

Anexo 10. Inspección general de orden, aseo y locativos

Anexo 11. Inspección de señalización y seguridad

Anexo 12. Documentación de maquinaria

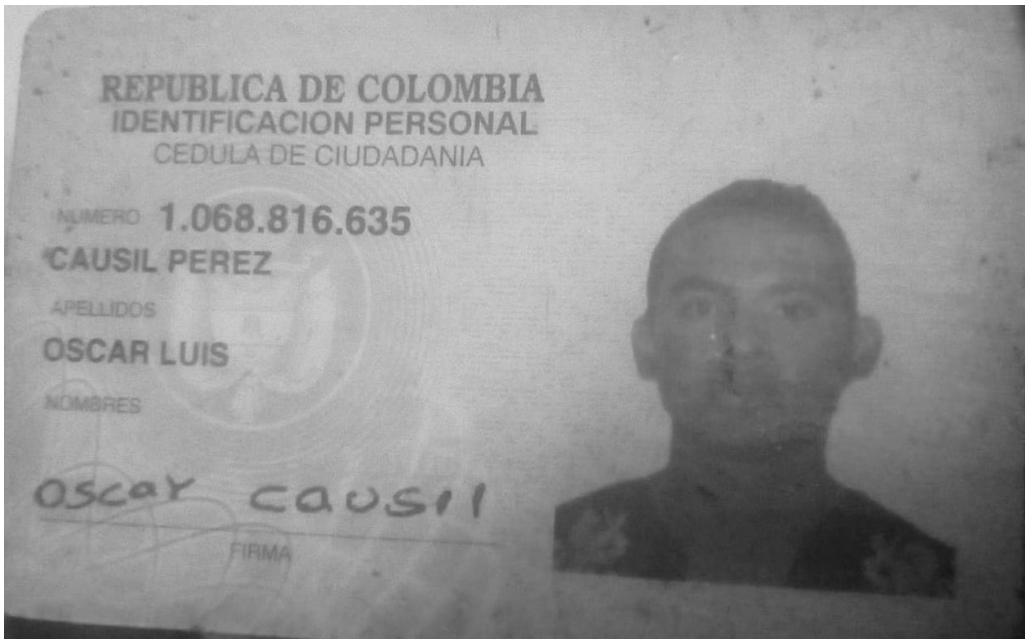
Anexo 13. Documentación de volquetas

Anexo 14. Certificados de equipos de topografía

Anexo 15. Inspección de maquinaria y vehículos

AFILIACIONES A SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL OPERATIVO

CONSTRUPROYECTO ACP SAS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.068.816.635

CAUSIL PEREZ

APELLIDOS

OSCAR LUIS

NOMBRES

OSCAR CAUSIL

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1991

CHIGORODO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

08-JUL-2010 VALENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

0036972768A 1 1632707054

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 09/05/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901634832
Nombre:	CONSTRUPROYECTOS ACP S.A.S.		
Dirección:	KR 94 M 97 24 IN 9		
Departamento:	BOGOTA D.C.	**Municipio:**	BOGOTA D.C.
Correo electrónico:	construproyectosacp@hotmail.com		
Teléfono:	3232180111	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5411101 CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 1014292354	JHON WALTER SALVADOR RAMIREZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-035-81484	10/05/2025	CC 1068816635	OSCAR LUIS CAUSIL PEREZ	5	6,96000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

OSCAR LUIS
CAUSIL PEREZ
CC - 1068816635

CONSTRUPROYECTOS ACP S.A.S.
901634832

Este carné es personal e intransferible.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSCAR LUIS CAUSIL PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.068.816.635**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

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.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	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 [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
CAUSIL (Primer Apellido)	PEREZ (Segundo Apellido)	OSCAR (Primer nombre)	LUIS (Segundo nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1068816635	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ] Femenino [ ] Masculino [X]	COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
CHIGORODO	COLOMBIA	ANTIOQUIA	CHIGORODO	D 0 6 M 0 8 A 1 9 9 6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA	PORVENIR	1,423.500	

26. Residencia (Dirección)	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 6 A ESTE # 106 - 36 SUR		3027881573	matiasneider555cr@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] 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 [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ] Femenino [ ] Masculino [ ]	

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
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. INCAPACIDAD PERMAMENTE	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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 DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONTRUPROYECTOS ACP SAS	NIT	901634832-0	

59. Ubicación				
CARRERA 94 M #97 - 24 IN 9	3232180111	construproyectosacp@hotmail.com	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

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 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			
CAUSIL	PEREZ	OSCAR	LUIS
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
CC	1.068.816.635	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	06 08 1991 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 05 2025 D D M M A A A A	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

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	
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	TOTAL 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 uniónmarital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

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 RESPOINSABLE 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	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	

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.

VIGILADO Supersalud

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA 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

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☐	☐
¿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?	☐	☐
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	☐	☐
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	☐	☐
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☐	☐
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	☐	☐

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espóntanea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Asi mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado:

_____

Nombres y Apellidos: _____ Identificación: _____

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☐

Firma del Afiliado:

_____

Nombres y Apellidos: _____ Identificación: _____

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

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

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) OSCAR LUIS CAUSIL PEREZ identificado(a) con CC No. 1068816635, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUPROYECTOS ACP SAS con NIT 9016348320:

- Fecha de afiliación a la Caja: 16/05/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 07/05/2025.

En su grupo familiar figuran los siguientes registros, como beneficiarios de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
ALEX MATIAS CAUSIL RUIZ	1072775688	Hijo	SI	NO	23/11/2025	VIGEN
JHOINER SNEIDER CAUSIL RUIZ	1072775552	Hijo	SI	NO	23/11/2025	VIGEN



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 09/01/2026

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.135.658

LOPEZ MORA

APELLIDOS

LUIS JOSE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1970

EL COCUY
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-SEP-1988 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00093461-M-0079135658-20081011 0004246096A 1 1310002035

CER_AFI_2026010559447

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LUIS JOSE LOPEZ MORA identificado con CC. 79135658 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	CONSTRUPROYECTOS ACP S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901634832

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/21	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411101

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20012026N79135658A2302952.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS JOSE LOPEZ MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.135.658**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Enero del 2026.

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.

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 20/01/2026, el empleador CONSTRUPROYECTOS ACP SAS identificado con NIT 901634832 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
20/01/2026	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4016151159	CEDULA DE CIUDADANIA	79135658	LUIS JOSE LOPEZ MORA	$ 1,750,905.00	Dependiente	21/01/2026

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes enero del año 2026

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LUIS JOSE LOPEZ MORA identificado(a) con CC No. 79135658, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUPROYECTOS ACP SAS con NIT 9016348320:

- Fecha de afiliación a la Caja: 20/01/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 20/01/2026.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 20/01/2026

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.005.344.135**
GONZALEZ GONZALEZ
APELLIDOS
EDGAR
NOMBRES
Edgar Gonzalez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-2000**
GAMBITA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
19-FEB-2018 ARCABUCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0701000-00991975-M-1005344135-20180405 **0060**615061A 1 50192807

Medellín, 28 de Octubre 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 CLIAM COLOMBIA SAS BIC, en el centro de trabajo 0000OPM001 - OPERARIOS MAQUINARIA PESADA, 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
C1005344135	GONZALEZ GONZALEZ EDGAR	08/04/2022		207155L1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10154007812530166649

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 28/10/2025 18:30:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.62.180, 192.230.104.9, 172.16.42.57

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:

EDGAR GONZALEZ GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.344.135**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

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.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDGAR GONZALEZ GONZALEZ identificado(a) con CC 1005344135 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**06/03/2020**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 28 días del mes octubre del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

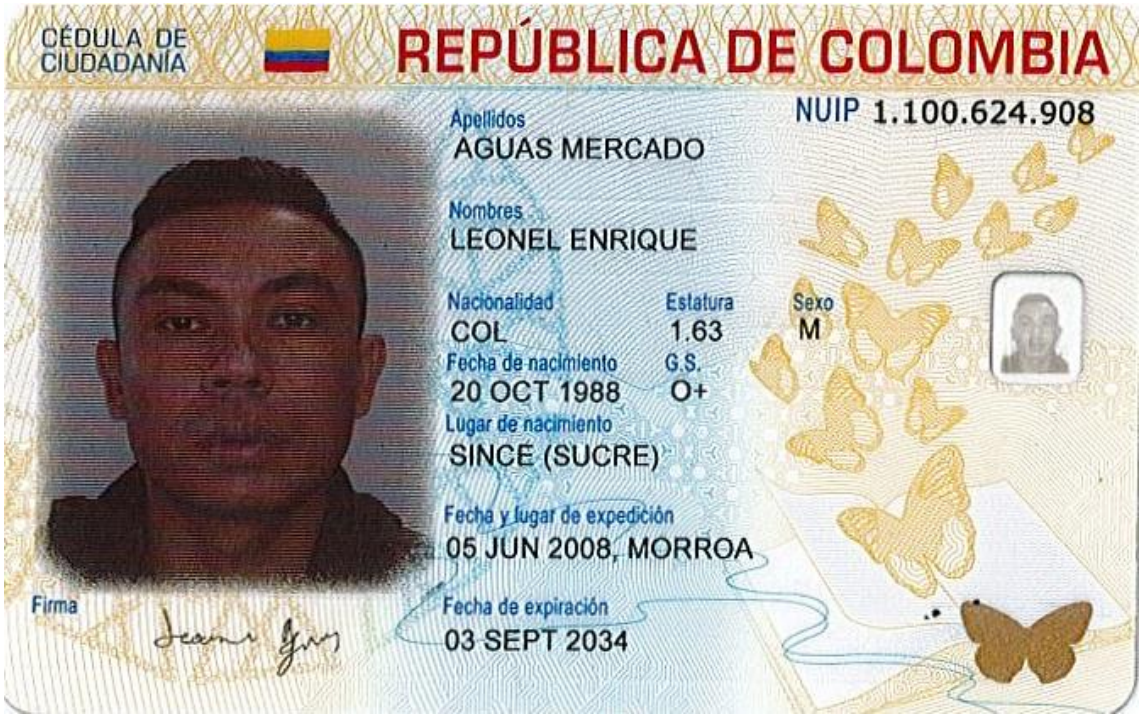
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

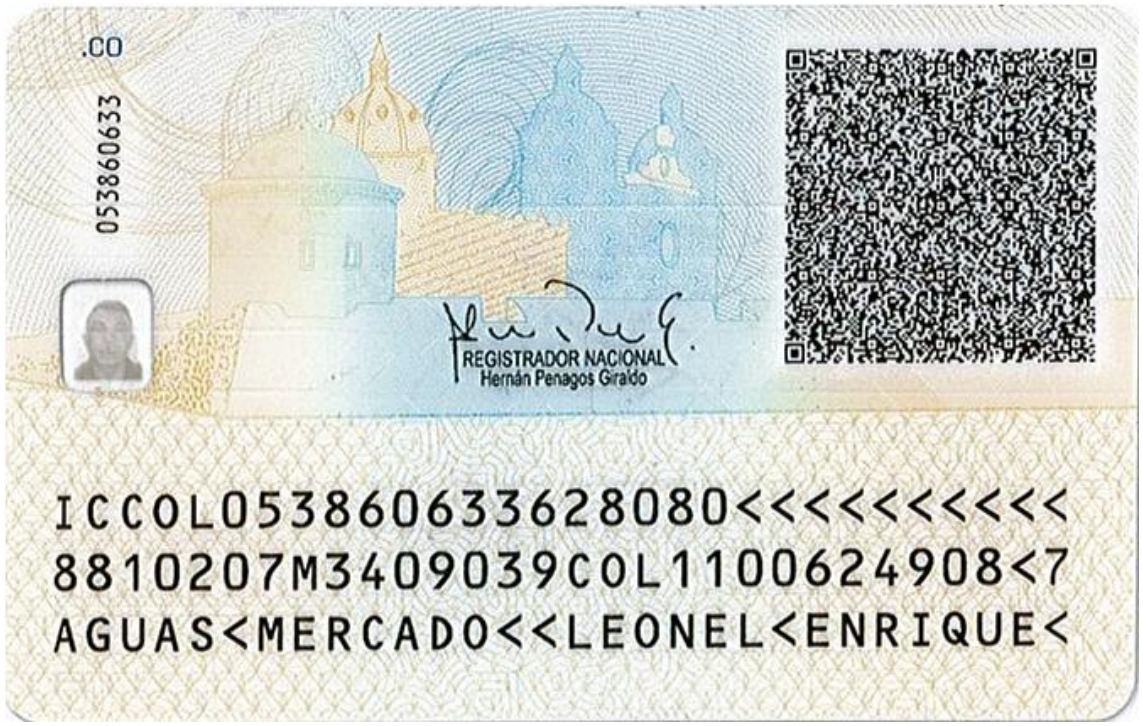
Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.100.624.908
Apellidos
AGUAS MERCADO
Nombres
LEONEL ENRIQUE
Nacionalidad
COL
Estatura
1.63
Sexo
M
Fecha de nacimiento
20 OCT 1988
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
SINCÉ (SUCRE)
Fecha y lugar de expedición
05 JUN 2008, MORROA
Firma
Fecha de expiración
03 SEPT 2034


.CO
053860633
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL053860633628080<<<<<<<<<<<
8810207M3409039COL1100624908<7
AGUAS<MERCADO<<LEONEL<ENRIQUE<

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LEONEL ENRIQUE AGUAS MERCADO identificado con CC. 1100624908 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	CONSTRUPROYECTOS ACP S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901634832

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/14	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activo	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411101

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC22012026L1100624908A2862901.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



N° 16.286

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificacion	
AGUAS MERCADO LEONEL ENRIQUE	MASCULINO	37 AÑOS 2 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	1100624908 (Número)

Cargo: AYUDENTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NINGUNO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Jim Roger Sánchez D.
Esp. Salud Ocupacional
L.S.O 26/2019
R.M. 25378103

EN CASO DE DUDA O FALTA DE AUTENTICIDAD DEL DOCUMENTO SE DEBE VALIDAR POR MEDIO DE LA DIRECTO POR LA INSTITUCION

Firma:

Nombre: CC: 79762200 - JIM ROGER SANCHEZ

R. M.: 25378103 L.S.O.: 026/2019

Código de Seguridad
G1261M1S16286

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: AGUAS MERCADO LEONEL ENRIQUE

CC: 1100624908

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:

LEONEL ENRIQUE AGUAS MERCADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.624.908**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) LEONEL ENRIQUE AGUAS MERCADO identificado(a) con CC No. 1100624908, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUPROYECTOS ACP SAS con NIT 9016348320:

- Fecha de afiliación a la Caja: 13/01/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 10/01/2026.

En su grupo familiar figura el siguiente registro, como beneficiario de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
LEONEL DE JESUS AGUAS CAREY	1100628651	Hijo	NO	NO	15/09/2025	VIGEN

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 13/01/2026

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.005.419.421**
AGUAS MERCADO

APELLIDOS
ELKIN MANUEL

NOMBRES

Elkin Aguas

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1986**
SINCE
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ABR-2006 MORROA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01501688-M-1005419421-20250401 **01446**10156A 1 8514926863

CER_AFI_2026008631293

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Elkin Manuel Aguas Mercado identificado con CC. 1005419421 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	CONSTRUPROYECTOS ACP S.A.S.	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901634832

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/14	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5411101

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC14012026N1005419421A610856.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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:

ELKIN MANUEL AGUAS MERCADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.419.421**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2026.

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.

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 22/01/2026, el empleador CONSTRUPROYECTOS ACP SAS identificado con NIT 901634832 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
22/01/2026	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4016169991	CEDULA DE CIUDADANIA	1005419421	ELKIN MANUEL AGUAS MERCADO	$ 1,750,905.00	Dependiente	14/01/2026

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes enero del año 2026

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) ELKIN MANUEL AGUAS MERCADO identificado(a) con CC No. 1005419421, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de CONSTRUPROYECTOS ACP SAS con NIT 9016348320:

- Fecha de afiliación a la Caja: 13/01/2026.
- Fecha de ingreso a la empresa: 10/01/2026.



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 13/01/2026

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.072.431.344**

BERNAL ROMERO

APELLIDOS

DUVAN ANDRES

NOMBRES

Duvan Andres Bernal

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1997**

LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **M** SEXO

06-ENE-2016 LA MESA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1514200-00801215-M-1072431344-20160314 0048949997A 1 45901841

Medellín, 27 de Diciembre 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 RH MAQUINARIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, 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
C1072431344	BERNAL ROMERO DUVAN ANDRES	17/06/2024		Rx228a23	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C793831202536158856

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 27/12/2025 16:20:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 177.253.196.222, 192.230.104.9, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DUVAN ANDRES BERNAL ROMERO identificado(a) con CC 1072431344 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**14/05/2021**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO LA MESA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 27 días del mes diciembre del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERNAL ROMERO DUVAN ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.072.431.344** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de mayo de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de diciembre 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/**

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **BERNAL ROMERO DUVAN ANDRES, CC - 1072431344**, está afiliado(a) desde **21/08/2024**, como trabajador(a) de **RH MAQUINARIA SAS**, con NIT: **9011862827**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2024-06-17**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **12 de diciembre de 2025** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño O

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.954.273

TORRES ORDOÑEZ
APELLIDOS

RAFAEL ANTONIO
NOMBRES

RAFAEL ANTONIO TORRES
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUL-2003 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1302800-38122672-M-0010954273-20040719 03720 04198B 02 147788056

Medellín, 15 de January de 2026

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 EDGAR H MAQUINARIA SAS.

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		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C10954273	TORRES ORDONEZ RAFAEL ANTONIO	16/01/2026		2261126v	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 15/01/2026 12:36:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

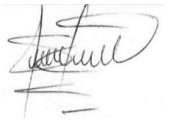
Dirección IP: 190.26.143.180, 192.230.104.15, 172.16.42.57

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAFAEL ANTONIO TORRES ORDOÑEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10954273,** se encuentra afiliado/a desde **24/06/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de enero de 2026.



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

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012575616
9012575616

No. de Radicación SAT: 30146481

Fecha de Radicación: 16 01 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
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 [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

8. Apellidos y nombres			
TORRES Primer Apellido	ORDOÑEZ Segundo Apellido	RAFAEL Primer Nombre	ANTONIO Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	10954273	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			03 D 06 M A 1984 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$1.751.000	

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] 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 [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] 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 Femenino	Masculino	40. Sexo identificación F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI	NO	48. Clasificación SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. Discapacidad SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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 DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
EDGAR H MAQUINARIA SAS	NT	901008539	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CLL 3 SUR N 70 25	4581674		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 [X]
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 [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	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
	D 16 M 01 A 2026	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

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	
Cantidad:								TOTAL 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. [ ]

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	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: OPERADOR DE PLANTA AUXILIAR

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.

Vigilado Supersalud

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 15 de Enero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 10954273
Nombre	: RAFAEL ANTONIO TORRES ORDOÑEZ
Empresa/Contratante	: EDGAR H MAQUINARIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901008539
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/01/15
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/01/16
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a EDGAR HERNANDEZ y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código bUVRFaXyH

Vigilado Supersubsidio

AFILIACIONES A SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL OPERATIVO

CONSTRUCCIONES Y CONCRETOS SC SAS





FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-DIC-2005 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00476981-M-1032400990-20130928 **00351**33873A 1 1642541670

Medellín, 02 de Enero de 2026

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 ICONINCI SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - OBRA, 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
C1032400990	MUÑOZ GARZON JEYSSON ALEJANDRO	01/06/2025		13144271	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C431824352600238021

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 02/01/2026 10:33:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.80.146, 192.230.104.7, 172.16.42.57

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:

JEYSSON ALEJANDRO MUÑOZ GARZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.400.990**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

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.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JEYSSON ALEJANDRO MUÑOZ GARZON identificado(a) con CC 1032400990 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/03/2019**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR IPS SEDE EL ENSUEÑO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 2 días del mes de enero del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.519.829

HERNANDEZ MUÑOZ

APELLIDOS

KEVIN ALEXANDER

NOMBRES

Kevin Hernandez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-2000

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

27-JUL-2018 ZARZAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

0070053251A 1 9911807701

Medellín, 08 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que HERMANDES MUÑOZ KEVIN ALEXANDER identificado(a) con C1007519829 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C10075198292600833374

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

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:

KEVIN ALEXANDER HERNANDEZ MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.519.829**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Enero del 2026.

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

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

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐

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

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: HERNANDEZ	Segundo apellido: MUÑOZ	Primer nombre: KEVIN	Segundo nombre: ALEXANDER

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1007519829	Femenino ☐ Masculino ☑	06 07 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1300000

18. Residencia			
Dirección: cra 65h 45 21 sur	Teléfono:	Teléfono celular: 3122522426	Correo electrónico: notiene@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Bogota	Urbana ☑ Rural ☐		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
CONSYCON SC SAS	NIT	901416069-2	

39. Ubicación				
Dirección: Cra 14 4 44sur mosquera	Teléfono: 3134873633	Correo electrónico: consyconsc.th@gmail.com	Municipio/Distrito: Bogota	Departamento: Bogota

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	0 3 0 1 2 0 2 4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

Número de radicación: Número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.
Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o eléctrico.
Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite

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

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

2. Tipo de afiliación

A. Individual:
La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

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

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

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

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

4. Tipo de afiliado:
Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:
Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.
Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.
Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante:
Marque con una X la opción que corresponda:
Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.
Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

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

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

12. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X la opción: **T:** Temporal **P:** Permanente.

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

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

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

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

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

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

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

18. Residencia:
Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.
- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o Distrito
- Localidad/Comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

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

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

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

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

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

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

23. Fecha de nacimiento:
Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
En las filas identificadas con los códigos B1 , B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

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

31. Discapacidad:
Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.
Tipo de discapacidad:
Marque con una X la opción: **F:** Física **N:** Neuro-sensorial **M:** Mental
Condición de discapacidad:
Marque con una X: **T:** Temporal **P:** Permanente.

32. Datos de residencia:
Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

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

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

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud —IPS:
Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presente la EPS, así:
- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.
- La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

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

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

36. Tipo de documento de identificación:
Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:
- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

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

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

39. Ubicación:
- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento
- En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

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

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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación
Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación.
Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.

- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad

Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios

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

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS

Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

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

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

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición es de terminación de la relación laboral se deben registrar los datos del capítulo V y estar suscrita por el empleador.

La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero será informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS

Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción.

Para reportar esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar datos complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad.

Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales

Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

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

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la **novedad 11: Movilidad**.

También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la **novedad 11: Movilidad**. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la **novedad 12: Traslado** si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

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

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

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

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

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

Novedad 13: Movilidad

Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.

Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.

La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado

Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:
- Que esté inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que Inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS de la cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

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

- Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.

Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el período de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento

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

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante

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

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado

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

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado

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

CAPÍTULO VI, DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:

Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación;

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

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

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

42. Fecha:

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

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

Novedad 10: Terminación de la relación laboral;

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

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

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

43. EPS Anterior:

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

44. Motivo del traslado:

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

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

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

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

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

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

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

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

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

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

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

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

En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

CAPÍTULO IX. ANEXOS

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

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

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

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

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

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

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

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

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial:

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

67. Datos del Sisbén:

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

68. Fecha de radicación:

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

69. Fecha de validación:

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

70. Datos del funcionario:

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

71. Firma del funcionario:

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

Observaciones:

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Octubre de 2025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1007519829
Nombre	: KEVIN ALEXANDER HERNANDEZ MUÑOZ
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES Y CONCRETOS SC SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901416069
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/10/14
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/04/17
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a NA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
sQH14GBUH

Vigilado Supersubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.099.544.626

MOLINA ARDILA

APELLIDOS

JHONATAN

NOMBRES

Jhonatan molina A





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1987**

CIMITARRA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

12-DIC-2005 CIMITARRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2704500-01196811-M-1099544626-20210105 0073005962A 1 9914224885

Medellín, 07 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JHONATAN MOLINA ARDILA identificado(a) con C1099544626 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C10995446262600759459

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

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:

JHONATAN MOLINA ARDILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.099.544.626**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2026.

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.

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

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CLICK PARA REINICIAR TODO

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: N0266

AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Molina	Ardila	Jhonatan	

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO		
CC - Cédula de Ciudadanía	1099544626	F	✔	

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
		✔				24	NOVIEMBRE	1987	Colombia	Colombiano

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
BOGOTA	BOGOTÁ D.C.	CENTRO POBLADO	3224526585

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		notiene@gmail.com		

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Construcciones y concretos sc sas	NI - Número Identificación Tributaria	901416069	2	DEPENDIENTE

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA	URBANA	RURAL				COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Calle 45 Sur # 62 25								BOGOTA	BOGOTÁ D.C.

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO	EXT	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
consycon.scth@gmail.com	3134873633				30	SEPTIEMBRE	2024	Oficial	Oficial	$ 1.300.000

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

REINGRESOS

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Octubre de 2025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1099544626
Nombre	: JHONATAN MOLINA ARDILA
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES Y CONCRETOS SC SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901416069
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/10/14
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/09/30
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a NA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
2XCZkw1xH

Vigilado Supersubsidio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.192.843.240

DAVILA RUA

APELLIDOS

DEIVIS ALFONSO

NOMBRES

Deivis Davila Rua

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1982

ARACATACA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

11-DIC-2008 ARACATACA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01510570-M-1192843240-20250604 0145490394A 2 8515204838

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 07 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DEIVIS ALFONSO DAVILA RUA identificado(a) con C1192843240 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C11928432402600758067

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

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:

DEIVIS ALFONSO DAVILA RUA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.192.843.240**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2026.

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.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DEIVIS ALFONSO DAVILA RUA identificado(a) con CC 1192843240 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**31/10/2015**
Estado de la Afiliación:	**CANCELADO**
IPS:	
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de enero del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 14 de Octubre de 2025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1192843240
Nombre	: DEIVIS ALFONSO DAVILA RUA
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCIONES Y CONCRETOS SC SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901416069
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/10/14
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/07/16
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a NA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código Si3arzQkH

Vigilado Supersubsidio

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 15/01/2026

CONTRATO No. 258 - 2025

LUGAR Y FECHA: Bogotá D.C. C.U 74000 579 15/01/2026

EMPRESA: consorcio la victoriana

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: induccion sst

HORA DE INICIO: 7:00 Am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 Am

TIPO

INDUCCION	☒	CAPACITACION	☐
CHARLA INFORMATIVA	☐	ENTRENAMIENTO	☐
DIVULGACION	☐	OTRO	☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Alejandro Muñoz	1032400990	Operador	Consycon Tro sc SAS	

(Firma) Nelson Betancur
(Nombre)
Coordinador SG-SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.

• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Alejandro Muñoz	1037	Operador	ARA	Nueva Eps	Porvenir	

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. 258 - 2025

FECHA 15 / 01 / 2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Director de Obra
		Residente de Obra/
		Inspector de Técnico / Aux
		Residente Social/Aux Social
		Residente SST /Aux
		Residente Ambiental / Aux
		Topógrafo/Cadenero

	Personal de oficios Varios
X	Operador de Maquinaria
	Conductor Camioneta / Furgón
	Maestro de Obra
	Oficial de Obra
	Ayudante de Obra

Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
	X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	**RIESGO QUÍMICO**	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
	X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
	X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
	X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE_ Operador Retroexcavadora

NOMBRE Y APELLIDO: Nelson Munoz Orjuela

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 1032400900 DE Bogotá

FECHA DE INGRESO: _____

(Firma) Nelson Munoz
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma de trabajador)
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 15/01/2026

CONTRATO No. 258-2025

LUGAR Y FECHA: Bogota D.C. CiU 14000579 15/01/2026

EMPRESA: consorcio la estantucla

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: Induccion sst

HORA DE INICIO: 7:00 Am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 Am

TIPO

INDUCCION	[x]	CAPACITACION	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
DIVULGACION	[ ]	OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Kevin Alexander Hernandez Muñoz	1007519829	Ayudante	Consycon SC-SAS.	Kevin Muñoz

(Firma) Nelson Betancur
(Nombre)
Coordinador SG -SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.
• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias
• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los
• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.
• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las
• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Kevin Alexander Hernandez Muñoz	1007519829	Ayudante	Sura	Capital Salud	Porvenir	Kevin Muñoz

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. 258 -2025

FECHA 15/01/2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Director de Obra
		Residente de Obra/
		Inspector de Técnico / Aux
		Residente Social/Aux Social
		Residente SST /Aux
		Residente Ambiental / Aux
		Topógrafo/Cadenero

	Personal de oficios Varios
	Operador de Maquinaria
	Conductor Camioneta / Furgón
	Maestro de Obra
	Oficial de Obra
X	Ayudante de Obra
	Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS; GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
	X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	**RIESGO QUÍMICO**	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
	X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
	X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
	X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Ayudante de obra

NOMBRE Y APELLIDO: Ruum Alexander Hernandez muñoz

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 1007519879 DE Zarzal

FECHA DE INGRESO: 15/01/2026

(Firma) Nelson Betancur C.
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma de trabajador) Ruum muñoz
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 20-01-2025

CONTRATO No. 258 2025

LUGAR Y FECHA: 20-01-2025 Bogota DC calle 9

EMPRESA: consorcio la estantuela

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: induccion ppto

HORA DE INICIO: 7:00 Am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 Am

TIPO

INDUCCION	[X]	CAPACITACION	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
DIVULGACION	[ ]	OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Deivis	1192843240	Oficial	Consycon SC SAS.	Deivis

(Firma) Nelson Betancur
(Nombre)
Coordinador SG -SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.
• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias
• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los
• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.
• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las
• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Deivis Davila	1192843240	Oficial	Sura	Nueva EPS	Porvenir	Deivis

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. 259 - 2025

FECHA 20 / 01 / 2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Director de Obra
		Residente de Obra/
		Inspector de Técnico / Aux
		Residente Social/Aux Social
		Residente SST /Aux
		Residente Ambiental / Aux
		Topógrafo/Cadenero

	Personal de oficios Varios
	Operador de Maquinaria
	Conductor Camioneta / Furgón
	Maestro de Obra
X	Oficial de Obra
	Ayudante de Obra

Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
	X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	**RIESGO QUÍMICO**	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
	X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
	X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
	X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE oficial de obra

NOMBRE Y APELLIDO: Deivis DAVILA RUA

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 11 92 843 240 DE Avalotaco M.

FECHA DE INGRESO: 20/01/2026

(Firma) Wilson Palacios
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma de trabajador) Deivis
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 20 - 01 - 2026

CONTRATO No. 259-2025

LUGAR Y FECHA: Bogota D.C. calle 9 20/01/2026

EMPRESA: consycon la estanzuela

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: Induccion SST

HORA DE INICIO: (Induccion) 7:00 Am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 Am

TIPO

INDUCCION	[X]	CAPACITACION	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
DIVULGACION	[ ]	OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Jhonatan Molina	1099544626	oficial	Consycon SC SAS	Jhonatan

(Firma) Nelson Betancur
(Nombre)
Coordinador SG -SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.

• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Shanfan Mamma	1004446261	oficial	Sura	Nueva EPS	Porvenir	Shanfan

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. 258-2025

FECHA 20 / 01 / 2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
		Director de Obra		Personal de oficios Varios
		Residente de Obra/		Operador de Maquinaria
		Inspector de Técnico / Aux		Conductor Camioneta / Furgón
		Residente Social/Aux Social		Maestro de Obra
		Residente SST /Aux	X	Oficial de Obra
		Residente Ambiental / Aux		Ayudante de Obra
		Topógrafo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
	X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	**RIESGO QUÍMICO**	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
	X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
	X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
	X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Oficial de obra

NOMBRE Y APELLIDO: Jhonatan Molina Ardila

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 1099544626 DE Cimitarra

FECHA DE INGRESO: 20-01-2026

(Firma) Nelson
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

Jhonatan
(Firma de trabajador)
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 09/01/2026

CONTRATO No. 258-2025

LUGAR Y FECHA: Bogota D.C. CiU 14000434 09/01/2026

EMPRESA: consorcio la estantula

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: induccion sst

HORA DE INICIO: 7:00 Am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 am

TIPO

INDUCCION	[x]	CAPACITACION	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
DIVULGACION	[ ]	OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
OSCAR LUIS	1068816635	AYUDANTE	Construproyecto ACP SAS	OSCAR CARDIA

(Firma) Nelson Betancur
(Nombre)
Coordinador SG -SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.

• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Oscar Causil Pe.	1068816635	Ay Ydante	Positiva	famisanal	Porvenir	Oscar Causil

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. contrato 256 - 2025

FECHA 09 / 01 / 2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Director de Obra
		Residente de Obra/
		Inspector de Técnico / Aux
		Residente Social/Aux Social
		Residente SST /Aux
		Residente Ambiental / Aux
		Topógrafo/Cadenero

	Personal de oficios Varios
	Operador de Maquinaria
	Conductor Camioneta / Furgón
	Maestro de Obra
	Oficial de Obra
X	Ayudante de Obra

Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
	X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	**RIESGO QUÍMICO**	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
	X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
	X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
	X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Ayudante de obra

NOMBRE Y APELLIDO: 1068816635

No. CEDULA DE CIUDADANIA: Oscar causil Perez DE balencia cardoba

FECHA DE INGRESO: 09/01/2026

(Firma) Nelson Balencia
(Nombre)
Coordinador SG-SST/Auxiliar SST

(Firma de trabajador) oscar causil
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 13/01/2026

CONTRATO No. 258 2025

LUGAR Y FECHA: Bogota D.C. CLL 1A BIS 133A 13/01/2026

EMPRESA: consorcio La Estanzuela

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: inducion sst

HORA DE INICIO: 7:00 Am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 Am

TIPO

INDUCCION	☒	CAPACITACION	☐
CHARLA INFORMATIVA	☐	ENTRENAMIENTO	☐
DIVULGACION	☐	OTRO	☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
elkin AGUAS	1005419421	Ayudante	Construproyecto ACP SAS	

(Firma) Nelson
(Nombre)
Coordinador SG-SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.
• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias
• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los
• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.
• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las
• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Manuel Aguas	1005419421	Ayudante obra	Positiva	Salud Total	Porvenir	

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. 258 - 2025

FECHA 13/01/2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Director de Obra
		Residente de Obra/
		Inspector de Técnico / Aux
		Residente Social/Aux Social
		Residente SST /Aux
		Residente Ambiental / Aux
		Topógrafo/Cadenero

	Personal de oficios Varios
	Operador de Maquinaria
	Conductor Camioneta / Furgón
	Maestro de Obra
	Oficial de Obra
X	Ayudante de Obra

Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
	X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	**RIESGO QUÍMICO**	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
	X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
	X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
	X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Ayudante de obra

NOMBRE Y APELLIDO: Elkin Manuel Agudelo

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 1005419421 DE Monroy Boyacá

FECHA DE INGRESO: 13/01/2026

(Firma)
(Nombre)
Coordinador ~~SG~~ -SST/Auxiliar SST

(Firma de trabajador)
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 13/01/2026

CONTRATO No. 258-2025

LUGAR Y FECHA: CIV 14000434 - Ricaurte Cll 10.

EMPRESA: Consorcio La Estanzuela

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: Inducción en SST.

HORA DE INICIO: 7:00 am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 am

TIPO

INDUCCION	[X]	CAPACITACION	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
DIVULGACION	[ ]	OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Lecnel E. Aguas Mercado	1.106.624.908	Ayudante.	Construproyectos ACP SAS	

(Firma)
(Nombre)
Coordinador SG-SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.
• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias
• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.
• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las
• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- Trabajo en alturas.
- **Trabajos en caliente.**

Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Leonel E. Aguas Mercado	1.100 624 908	Ayudante	Positiva		Porvenir	

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. COP-258-2025

FECHA 13/01/2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Director de Obra
		Residente de Obra/
		Inspector de Técnico / Aux
		Residente Social/Aux Social
		Residente SST /Aux
		Residente Ambiental / Aux
		Topógrafo/Cadenero

	Personal de oficios Varios
	Operador de Maquinaria
	Conductor Camioneta / Furgón
	Maestro de Obra
	Oficial de Obra
X	Ayudante de Obra

Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
		RIESGO BIOLÓGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
		RIESGO FÍSICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
		RIESGO QUÍMICO	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
		RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
		RIESGO BIOMECÁNICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
		CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
		FENÓMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Ayudante de Obra

NOMBRE Y APELLIDO: Leonel Enrique Aguas Mercado

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 1.100 624 908 DE Morroa

FECHA DE INGRESO: 13/01/2026

(Firma)
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma del Trabajador)
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 19/01/2026

CONTRATO No. 258-2025

LUGAR Y FECHA: Bogota D C CLL 1400 1334 19/01/2026

EMPRESA: consorcio la estantuda

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Belancur

TEMA: Induccion sst

HORA DE INICIO: 7:00 Am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 Am

TIPO

INDUCCION	[X]	CAPACITACION	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
DIVULGACION	[ ]	OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Duvan Bernal	1072435344	operador	RH Maquinaria SAS.	

(Firma)
(Nombre) Nelson Belancur
Coordinador SG-SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.
• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias
• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los
• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.
• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las
• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Duvan Bernal	1072973154	operador	Sura	Famisanar	Protección	

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. 258 - 2025

FECHA 19 / 01 / 2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Director de Obra
		Residente de Obra/
		Inspector de Técnico / Aux
		Residente Social/Aux Social
		Residente SST /Aux
		Residente Ambiental / Aux
		Topógrafo/Cadenero

	Personal de oficios Varios
X	Operador de Maquinaria
	Conductor Camioneta / Furgón
	Maestro de Obra
	Oficial de Obra
	Ayudante de Obra

Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
	X	**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
	X	**RIESGO FÍSICO**	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
	X	**RIESGO QUÍMICO**	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
	X	**RIESGO PSICOSOCIAL**	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
	X	**RIESGO BIOMECÁNICO**	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
	X	**CONDICIONES DE SEGURIDAD**	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
	X	**FENÓMENOS NATURALES**	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE operador minicargador

NOMBRE Y APELLIDO: Duvan Andres Bravo Romero

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 1072937349 DE La Mesa Cundinamarca

FECHA DE INGRESO: 29/01/2026

(Firma) Nelson
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma de trabajador)
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 19/01/2026

CONTRATO No. 258-2025

LUGAR Y FECHA: CIV 14001334 - Santa Isabel

EMPRESA: Consorcio La Estanzuela

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: Inducción en SST

HORA DE INICIO: 7:00 am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 am

TIPO

INDUCCION	☒	CAPACITACION	☐
CHARLA INFORMATIVA	☐	ENTRENAMIENTO	☐
DIVULGACION	☐	OTRO	☐

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
RAFAEL A TORRES	1095U293	OPERADOR	CEL	

(Firma) Nelson
(Nombre)
Coordinador SG-SST

(Firma) RAFAEL A TORRES
(Nombre)

Original: Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.

• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- Trabajo en alturas.
- **Trabajos en caliente.**

Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajós en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder Ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
RAFAEL A TORRES	1095277	OPERADOR	COLMENA	FAMISANAR	COLPENSIONES	

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. COP-258-2025

FECHA 19/01/2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		Director de Obra		Personal de oficios Varios
		Residente de Obra/	X	Operador de Maquinaria
		Inspector de Técnico / Aux		Conductor Camioneta / Furgón
		Residente Social/Aux Social		Maestro de Obra
		Residente SST /Aux		Oficial de Obra
		Residente Ambiental / Aux		Ayudante de Obra
		Topógrafo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)		**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
		RIESGO FÍSICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
		RIESGO QUÍMICO	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
		RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
		RIESGO BIOMECÁNICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
		CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
		FENÓMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Operador Vibrocompactador

NOMBRE Y APELLIDO: RAFAEL ANTONIO TORRES ORDOÑEZ

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 1095421273 DE DE PLANETA RICA COR

FECHA DE INGRESO: 19/01/2026

(Firma) Nelson
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma de trabajador)
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 19/01/2026

CONTRATO No. 258 - 2025

LUGAR Y FECHA: CIV 14000434 - Ricaurte Cll 10

EMPRESA: Consorcio La Estanzuel

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: Inducción en SST

HORA DE INICIO: 8:00 am **HORA DE TERMINACION:** 9:00 am

TIPO

INDUCCION	[X]	CAPACITACION	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
DIVULGACION	[ ]	OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Juan José López	74135658	Of	Construprotek AGP SAS	

(Firma) Nelson Betancur
(Nombre)
Coordinador SG-SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.
• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias
• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.
• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.
• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales
• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.
• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.
• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.
• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las
• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- Trabajo en alturas.
- **Trabajos en caliente.**

Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento
• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.
• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.
• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial
• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.
• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.
• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.
• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.
• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Jairo José Zapé	79135660	Oficial	Positiva	Salud Total	Porvenir	

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. COP - 258 - 2025

FECHA 19/01/2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)		
		Director de Obra
		Residente de Obra/
		Inspector de Técnico / Aux
		Residente Social/Aux Social
		Residente SST /Aux
		Residente Ambiental / Aux
		Topógrafo/Cadenero

	Personal de oficios Varios
	Operador de Maquinaria
	Conductor Camioneta / Furgón
	Maestro de Obra
X	Oficial de Obra
X	Ayudante de Obra

Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)			
		RIESGO BIOLÓGICO	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
		RIESGO FÍSICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
		RIESGO QUÍMICO	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
		RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
		RIESGO BIOMECÁNICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
		CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
		FENÓMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE Oficial

NOMBRE Y APELLIDO: Juan Jose Lopez

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 79135658 DE Bogotá D.C

FECHA DE INGRESO: 19/01/2026

(Firma)
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma de trabajador)
(Nombre)

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DE MONTO AGOTABLE LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PUBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES,

FECHA: 19/01/2026

CONTRATO No. 258 - 2025

LUGAR Y FECHA: CIV 14000434 - Ricaurte Cll 10 19/01/2026

EMPRESA: Consorcio La Estanzuela

NOMBRE DEL PROFESIONAL Nelson Betancur

TEMA: Inducción en SST

HORA DE INICIO: 7:00 am **HORA DE TERMINACION:** 8:00 am

TIPO

INDUCCION	[X]	CAPACITACION	[ ]
CHARLA INFORMATIVA	[ ]	ENTRENAMIENTO	[ ]
DIVULGACION	[ ]	OTRO	[ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Edgar Gonzalez	1005 344135	Op Retroexcavadora	Cliam Colombia SAS	

(Firma)
(Nombre)
Coordinador SG-SST

(Firma)
(Nombre)

Original:Dependencia responsable del contrato

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 001	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
VERSIÓN: 1.0		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Tapabocas
- Tapaoidos
- Guantes

• Esta **PROHIBIDO FUMAR** en el interior de la obra.

• Esta **PROHIBIDO** el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- Trabajo en alturas.
- Trabajos en caliente.

Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Edgar González G	1005344135	Operador Retroexcavadora	Sura	Famisanar	Porvenir	

Observaciones:

Powered by CamScanner

CÓDIGO: FO - SST - 03	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	
VERSIÓN: 1.0		

OBJETO DEL CONTRATO:

"CONTRATAR A PRECIOS UNITARIOS POR LA MODALIDAD DEMONTO AGOTABLE, LAS OBRAS Y ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACION DE LA MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE DE LA LOCALIDAD DE LOS MARTIRES, DE CONFORMIDAD CON LOS PLIEGOS DE CONDICIONES Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL PROCESO DE SELECCIÓN"

CONTRATO No. COP- 258 - 2025

FECHA 19/01/2026

DIRECCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN: Comunicar a los trabajadores los riesgos asociados a su actividad laboral o puesto de trabajo, estableciendo recomendaciones para evitar la ocurrencia de accidentes o enfermedades profesionales. Se realiza notificación a los siguientes aspectos: -Riesgos y peligros relacionados con la actividad a desarrollar - Elementos de protección personal EPP.
- Medidas preventivas -Exámenes Médicos Ocupacionales

CARGO A DESEMPEÑAR (Marque con una X)				
		Director de Obra		Personal de oficios Varios
		Residente de Obra/	X	Operador de Maquinaria
		Inspector de Técnico / Aux		Conductor Camioneta / Furgón
		Residente Social/Aux Social		Maestro de Obra
		Residente SST /Aux		Oficial de Obra
		Residente Ambiental / Aux		Ayudante de Obra
		Topógrafo/Cadenero		Auxiliar de Trafico /de orden y aseo

EPP	COSCO DE PROTECCIÓN, BOTAS PUNTA ACERO, OVEROL, VESTUARIO, CHAQUETA, PROTECTOR RESPIRATORIO, PROTECTOR AUDITIVO, MONOGAFAS, GUANTES

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)		**RIESGO BIOLÓGICO**	Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros elementos.
		RIESGO FÍSICO	Ruido, iluminación, vibración, temperaturas extremas.
		RIESGO QUÍMICO	Polvos orgánicos, inorgánicos, gases y vapores, material particulado, humus, metálicos y no metálicos.
		RIESGO PSICOSOCIAL	Estilos de mando, pagos, contratación, organización del trabajo, trabajo en equipo, carga mental, jornadas de trabajo.
		RIESGO BIOMECÁNICO	Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
		CONDICIONES DE SEGURIDAD	Mecánicos (Elementos de máquinas, herramientas o piezas de trabajo), eléctricos, locativos (Almacenamiento, superficies, condiciones de orden y aseo, caída de objetos) accidentes de tránsito, robos, atracos, asaltos.
		FENÓMENOS NATURALES	Sismo, terremoto, derrumbes, lluvias, granizadas.

Powered by CamScanner

ACCIONES PREVENTIVAS	**1.** Portar adecuadamente la dotacion y los elementos de proteccion J49 según el cargo. **2.** Dar cumplimiento a las normas de seguridad y procedimientos seguros de trabajo. **3.** Reportar oportunamente condiciones inseguras, incidentes o accidentes de trabajo **4.** Mantener condiciones de orden y aseo demarcacion y señalizacionde frentes de obra y/o condicones de peligro **5.** Revisar el óptimo estado de equipos antes de utilizarlos **6.** Evitar personal que este fumando dentro de los frentes de trabajo **7.** Conocer rutas de evacuacion, procedimientos de emergencia, puntos de emergencia, señales de alerta. **8.** En caso de realizar actividades laborales en cercania de equipos o maquinaria, verificar ubicación y radio de operación, lo anterior con el objetivo de tomar medidas de seguridad industrial. **9.** Es obligatorio portar carnet de identificacion de la empresa

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	**Examen de ingreso:** Antes de ingresar a desarrollar la actividad laboral, el trabajador debe tomarse el examen de ingreso por medio del cual se reconocen las condiciones de salud fisica, mental y social del trabajador, en función de las condicones de trabajo a las que estariaexpuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. **Examen de egreso:** Examen médico de egreso que se realiza a la finalización de la relacion laboral, este tipo de examen médico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador, ESTE EXAMEN NO ES OBLIGACIÓN PARA EL EMPLEADOR EN TOMARLO PERO SI ES COMPROMISO DEL EMPLEADO REALIZARLO.

FUI INFORMADO Y PARTICIPE DE LA NOTIFICACION DE RIESGOS ASI COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA DESEMPEÑARME EN EL CARGO DE_ Operador Retroexcavadora

NOMBRE Y APELLIDO: Edgar Gonzalez Gonzalez

No. CEDULA DE CIUDADANIA: 1.005.344.135 DE _____

FECHA DE INGRESO: 19/01/2026

(Firma)
(Nombre)
Coordinador SG -SST/Auxiliar SST

(Firma del trabajador)
(Nombre)

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049622088	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	AK 30 X CL 144	3204042691	camuing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	16/12/2025	92283084	$1.044.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	450.000	0		0		0	0	0	0	450.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	576.000	0	0	0	0	0	0		576.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.800				18.800	0	0	18.800			188	18.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	450.000	450.000
Pensión	1	576.000	576.000
Riesgos Laborales	1	18.800	18.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.044.800	1.044.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1049622088	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON		AK 30 X CL 144	3204042691	camuing@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	16/12/2025	92283084	$1.044.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1049622088	MUÑOZ LEON CARLOS ANDRES	59	0			N																	25-14	3.600.000	576.000	0	0	0	0	EPS005	3.600.000	450.000	14-23	3.600.000	1	18.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901972178-0	CONSORCIO LA ESTANZUELA	carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					17	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	26/01/2026	27089405	$14.288.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.330.000	0		0		0	5	4.100	0	1.334.100	6
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	701.800	0		0		0	5	2.200	0	704.000	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	830.200	0		0		0	5	2.600	0	832.800	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	5	800	0	250.800	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	587.600	0		0		0	5	1.800	0	589.400	2
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	218.600	0		0		0	5	700	0	219.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	665.100	0	0	0	0	5	2.100	0	667.200	2
230301	Porvenir	800224808-8	2.614.100	0	0	0	0	5	8.000	0	2.622.100	7
231001	Colfondos	800227940-6	315.000	0	0	0	0	5	1.000	0	316.000	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.657.700	0	0	0	0	5	5.100	0	1.662.800	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	2.192.400				2.192.400	5	6.700	2.199.100			21.924	2.199.100	17

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.375.600	5	4.300	1.379.900	17

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901972178-0	CONSORCIO LA ESTANZUELA		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					17	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	26/01/2026	27089405	$14.288.800	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
602.700	5	1.900	604.600	14
ICBF				
903.900	5	2.800	906.700	14
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	3.918.200	3.930.400
Pensión	4	5.251.900	5.268.100
Riesgos Laborales	1	2.192.400	2.199.100
CCF	1	1.375.600	1.379.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	903.900	906.700
MEN	0	0	0
SENA	1	602.700	604.600
TOTALES	14	14.244.700	14.288.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901972178-0	CONSORCIO LA ESTANZUELA		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					17	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	26/01/2026	27089405	$14.288.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80775054	MALAVET HERNANDEZ ANDRES GUILLERMO	1	0			N	X	X						X									231001	544.697	87.200	0	0	0	0	EPS008	544.697	68.100	14-4	544.697	5	38.000	CCF24	566.697	22.700	566.697	11.400	17.100	0	0
2	CC	18393757	ROZO FONSECA HENRY	1	0			N	X							X									25-14	1.142.035	182.800	0	0	0	0	EPS008	1.142.035	142.800	14-4	1.142.035	5	79.500	CCF24	1.142.035	45.700	1.142.035	22.900	34.300	0	0
3	CC	1001551005	SILGADO SEGURA YEIS	1	0			N		X						X									25-14	428.409	68.600	0	0	0	0	EPS005	428.409	53.600	14-4	428.409	5	29.900	CCF24	528.409	21.200	528.409	10.600	15.900	0	0
4	CC	1043252400	BERRIO MARTINEZ LUIS EMILIO	1	0			N								X									25-14	1.748.429	279.800	0	0	0	0	EPS048	1.748.429	218.600	14-4	1.748.429	5	121.700	CCF24	1.748.429	70.000	1.748.429	35.000	52.500	0	0
5	CC	1024471387	REY GONZALEZ MIGUEL ANGEL	1	0			N												X					230301	289.553	46.400	0	0	0	0	EPS008	289.553	36.200	14-4	289.553	5	0	CCF24	284.700	11.400	284.700	5.700	8.600	0	0
6	CC	1024471387	REY GONZALEZ MIGUEL ANGEL	1	0			N								X									230301	1.175.196	188.100	0	0	0	0	EPS008	1.175.196	146.900	14-4	1.175.196	5	81.800	CCF24	1.175.196	47.100	1.175.196	23.600	35.300	0	0
7	CC	1026306679	TORO MOSQUERA DAVID CAMILO	1	0			N																	230301	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS005	2.847.000	355.900	14-4	2.847.000	5	198.200	CCF24	2.847.000	113.900	2.847.000	57.000	85.500	0	0
8	CC	1074191041	GIL OSORIO JUAN PABLO	1	0			N													X				230301	400.000	64.000	0	0	0	0	EPS017	400.000	50.000	14-4	400.000	5	0	CCF24	400.000	16.000	400.000	8.000	12.000	0	0
9	CC	1074191041	GIL OSORIO JUAN PABLO	1	0			N																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS017	1.600.000	200.000	14-4	1.600.000	5	111.400	CCF24	1.600.000	64.000	1.600.000	32.000	48.000	0	0
10	CC	7723899	CALCETO DENIS STICK	1	0			N													X				25-14	890.001	142.500	0	0	0	0	EPS010	890.001	111.300	14-4	890.001	5	0	CCF24	900.000	36.000	900.000	18.000	27.000	0	0
11	CC	7723899	CALCETO DENIS STICK	1	0			N																	25-14	3.600.000	576.000	0	0	0	0	EPS010	3.600.000	450.000	14-4	3.600.000	5	250.600	CCF24	3.600.000	144.000	3.600.000	72.000	108.000	0	0
12	CC	1118839914	ECHEVERRIA FONTALVO WENDY YANINE	1	0			N													X				230201	143.334	23.000	0	0	0	0	EPS005	143.334	18.000	14-4	143.334	5	0	CCF24	143.334	5.800	143.334	2.900	4.400	0	0
13	CC	1118839914	ECHEVERRIA FONTALVO WENDY YANINE	1	0			N																	230201	2.006.667	321.100	0	0	0	0	EPS005	2.006.667	250.900	14-4	2.006.667	5	139.700	CCF24	2.006.667	80.300	2.006.667	40.200	60.300	0	0
14	CC	4071058	ROA BERNAL AURELIO	1	0			N								X									230201	2.005.841	321.000	0	0	0	0	EPS008	2.005.841	250.800	14-4	2.005.841	5	139.700	CCF24	2.005.841	80.300	2.005.841	40.200	60.200	0	0
15	CC	1069747844	CUBILLOS MORALES JUAN CAMILO	1	0			N													X				230301	430.000	68.800	0	0	0	0	EPS037	430.000	53.800	14-4	430.000	5	0	CCF24	430.000	17.200	430.000	8.600	12.900	0	0
16	CC	1069747844	CUBILLOS MORALES JUAN CAMILO	1	0			N																	230301	1.720.000	275.200	0	0	0	0	EPS037	1.720.000	215.000	14-4	1.720.000	5	119.800	CCF24	1.720.000	68.800	1.720.000	34.400	51.600	0	0
17	CC	1121898477	BETANCUR GUTIERREZ NELSON ERNESTO	1	0			N													X				230301	286.667	45.900	0	0	0	0	EPS005	286.667	35.900	14-4	286.667	5	0	CCF24	286.667	11.500	286.667	5.800	8.700	0	0
18	CC	1121898477	BETANCUR GUTIERREZ NELSON ERNESTO	1	0			N																	230301	4.013.333	642.200	0	0	0	0	EPS005	4.013.333	501.700	14-4	4.013.333	5	279.400	CCF24	4.013.333	160.600	4.013.333	80.300	120.400	0	0
19	CC	1233907036	MEDINA CESPEDES KEVIN ADOLFO	1	0			N													X				25-14	170.000	27.200	0	0	0	0	EPS037	170.000	21.300	14-4	170.000	5	0	CCF24	170.000	6.800	170.000	3.400	5.100	0	0
20	CC	1233907036	MEDINA CESPEDES KEVIN ADOLFO	1	0			N																	25-14	2.380.000	380.800	0	0	0	0	EPS037	2.380.000	297.500	14-4	2.380.000	5	165.700	CCF24	2.380.000	95.200	2.380.000	47.600	71.400	0	0
21	CC	1023936212	SANDOVAL AMAYA DIANA MARCELA	1	0			N													X				230301	143.334	23.000	0	0	0	0	EPS010	143.334	18.000	14-4	143.334	5	0	CCF24	143.334	5.800	143.334	2.900	4.400	0	0
22	CC	1023936212	SANDOVAL AMAYA DIANA MARCELA	1	0			N																	230301	2.006.667	321.100	0	0	0	0	EPS010	2.006.667	250.900	14-4	2.006.667	5	139.700	CCF24	2.006.667	80.300	2.006.667	40.200	60.300	0	0
23	CC	1013666534	ORTIZ ORTIZ JULIETH STEFANNY	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
24	CC	1026568860	GONZALEZ SILVA CRISTIAN GUSTAVO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
25	CC	19365979	GARCIA ALVARO	1	1			S																		0	0	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11000758		OJEDA PINTO HECTOR RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 # 64 - 30 casa 7	MONTERIA-CORDOBA	7827455	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	9497172659	9497172659	I	2026/01/16	2026/01/13	BANCO DE BOGOTA	0	$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	11000758	OJEDA PINTO HECTOR RAFAEL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$0**	**$0**	**$405,800**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901791016	9	INVERSIONES RODRIGUEZ PUENTES S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	NUEVAP1	CL 40 SUR 73D 87 KENNEDY	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4503046	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2026-01	2071821887	9497742702	E	2026/01/07	2026/01/09	BANCO DE BOGOTA	2	$347,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: NUEVAP1 (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1	$100			$1,423,500		$62,000		$0	$0		$346,900
Centro de Trabajo: NIVEL 4 (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1	$100			$1,423,500		$62,000		$0	$0		$346,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1	$100			$1,423,500		$62,000		$0	$0		$346,900
1	CC	79607044 CAJAMARCA JOHN																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1	$100	14-11	30	$1,423,500	4.350%	$62,000	30	$0	$0	Si	$346,900
Total		**Afiliados(1)**																			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1	$100			$1,423,500		$62,000		$0	$0		$346,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$300	$0	$228,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$62,000	$100	$0	$62,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$62,000	$100	$0	$62,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$100	$0	$200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$100	$100	$0	$200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$57,000	$100	$0	$57,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$57,000	$100	$0	$57,100
TOTAL				**1**	**$346,900**	**$600**	**$0**	**$347,500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1014183253
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIAN CAMILO POVEDA MORENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARREA 74B #54-31	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7997104611**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/30		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2045243516	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 0**	**$ 320.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 250.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 139.200	$ 139.200	$ 0	$ 0	$ 139.200
SUBTOTALES:									**$ 139.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 139.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1014183253	POVEDA MORENO JULIAN CAMILO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2.000.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.000.000	101418325	$ 139.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 709.200

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901634832	0	CONSTRUPROYECTOS ACP SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRR 94 M 97 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7593376	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2026-01	2071071408	9497758234	E	2026/01/09	2026/01/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,962,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (15 Afiliados)						$18,723,770	$2,996,400			$20,474,675	$819,800			$20,474,675	$819,800			$20,474,675	$1,326,500		$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO DE TRABAJO 1 (13 Afiliados)						$15,876,770	$2,540,800			$17,627,675	$705,800			$17,627,675	$705,800			$17,627,675	$1,128,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (13 Afiliados)						$15,876,770	$2,540,800			$17,627,675	$705,800			$17,627,675	$705,800			$17,627,675	$1,128,300		$0	$0
1	CC	92537051	ARROYO CRISTOBAL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
2	CC	79743722	BERNAL RICHAR	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF22	20	$949,000	$38,000	14-23	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
3	CC	80072104	CARVAJAL JOSE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
4	CC	1068816635	CAUSIL OSCAR	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
5	CC	73214237	CUADRO JONATHAN	230201	20	$949,000	$151,900	EPS017	20	$949,000	$38,000	CCF22	20	$949,000	$38,000	14-23	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
6	CC	1052954093	HERNANDEZ DANIEL	230301	15	$711,750	$113,900	ESSC07	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-23	15	$711,750	$0	15	$0	$0
7	CC	1052954093	HERNANDEZ DANIEL	230301	15	$711,750	$113,900	ESSC07	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-23	15	$711,750	$49,600	15	$0	$0
8	CC	80741817	MORA JHON	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
9	CC	1006869423	OLIER GUILLERMO	230301	15	$711,750	$113,900	EPS041	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-23	15	$711,750	$0	15	$0	$0
10	CC	1006869423	OLIER GUILLERMO	230301	15	$711,750	$113,900	EPS041	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-23	15	$711,750	$49,600	15	$0	$0
11	CC	1022971329	RAMIREZ YOBANY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
12	CC	1005674880	ROJAS JUAN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
13	CC	4249114	SALVADOR JOSE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
14	CC	1192795495	SARMIENTO ANTONIO	230301	20	$1,167,270	$186,800	CCFC55	20	$1,167,270	$46,700	CCF22	20	$1,167,270	$46,700	14-23	20	$1,167,270	$81,300	20	$0	$0
15	CC	3027695	SUAREZ LUIS		0	$0	$0	EPS017	30	$1,750,905	$70,100	CCF22	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	$121,900	30	$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 1 (2 Afiliados)						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$198,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$198,200		$0	$0
16	CC	1033790887	ARAQUE MICHAEL	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
17	CC	80367242	ROJAS HECTOR	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total Afiliados(15)						$18,723,770	$2,996,400			$20,474,675	$819,800			$20,474,675	$819,800			$20,474,675	$1,326,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				14	$2,996,400	$0	$0	$2,996,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$1,477,700	$0	$0	$1,477,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$835,300	$0	$0	$835,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$1,326,500	$0	$0	$1,326,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	15	$1,326,500	$0	$0	$1,326,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				15	$819,800	$0	$0	$819,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	15	$819,800	$0	$0	$819,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				15	$819,800	$0	$0	$819,800
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$46,700	$0	$0	$46,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	4	$222,100	$0	$0	$222,100
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$114,000	$0	$0	$114,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	7	$380,000	$0	$0	$380,000
TOTAL				**15**	**$5,962,500**	**$0**	**$0**	**$5,962,500**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901634832	0	CONSTRUPROYECTOS ACP SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRR 94 M 97 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7593376	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2079810507	9497857409	Y	2026/01/09	2026/01/14	BANCO DAVIVIENDA	5	$2,286,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (6 Afiliados)						$6,460,416	$1,033,900			$6,460,416	$807,900			$5,526,600	$78,500			$6,460,416	$358,300		$0	$0
Centro de Trabajo: CENTRO DE TRABAJO 1 (6 Afiliados)						$6,460,416	$1,033,900			$6,460,416	$807,900			$5,526,600	$78,500			$6,460,416	$358,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)						$6,460,416	$1,033,900			$6,460,416	$807,900			$5,526,600	$78,500			$6,460,416	$358,300		$0	$0
1	CC	12795979	GUERRERO EMER	25-14	16	$933,816	$149,500	EPS002	16	$933,816	$116,800		0	$0	$0	14-23	16	$933,816	$65,000	0	$0	$0
2	CC	1077438252	HERNANDEZ FERNANDO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$28,500	14-23	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
3	CC	1041899914	OLIVARES LUIS	230301	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$6,000	CCF22	1	$47,450	$1,000	14-23	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
4	CC	79297840	RODRIGUEZ CARLOS	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$28,500	14-23	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
5	CC	1014303095	SALVADOR ANDERSON	230301	30	$2,300,000	$368,000	EPS002	30	$2,300,000	$287,500	CCF22	30	$2,300,000	$13,800	14-23	30	$2,300,000	$160,100	30	$0	$0
6	CC	79922044	VEGA JOSE	230201	7	$332,150	$53,200	EPS010	7	$332,150	$41,600	CCF22	7	$332,150	$6,700	14-23	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0
Total			**Afiliados(6)**			$6,460,416	$1,033,900			$6,460,416	$807,900			$5,526,600	$78,500			$6,460,416	$358,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				6	$1,033,900	$3,300	$0	$1,037,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$149,500	$500	$0	$150,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$831,200	$2,600	$0	$833,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$53,200	$200	$0	$53,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$358,300	$1,100	$0	$359,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	6	$358,300	$1,100	$0	$359,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$78,500	$300	$0	$78,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	5	$78,500	$300	$0	$78,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				6	$807,900	$2,800	$0	$810,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$600	$0	$178,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$41,600	$200	$0	$41,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$6,000	$100	$0	$6,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$404,300	$1,300	$0	$405,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				**6**	**$2,278,600**	**$7,500**	**$0**	**$2,286,100**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROCOM INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901359599**, aportó por **VALENTINA LOPEZ GIL** identificado(a) con **CC** número **1193581333** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 11 - 2025 y 12 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,400,000	0.04000	$96,000	$0	$0	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0		30	$2,400,000	0.04000	$96,000	$0	$0	Diciembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,400,000	0.16000	$384,000	$0	$0	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1															0		30	$2,400,000	0.00522	$12,600	$0	$0	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **2** días del mes **Febrero** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

EXAMENES OCUPACIONALES
PERSONAL
CONSTRUPROYECTO ACP SAS

Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000589984

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: EDGAR H MAQUINARIA SAS FECHA 15/01/2026 13:54:03

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RAFAEL ANTONIO TORRES ORDOÑEZ **C.C** 10954273

EDAD 41 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☑	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL
MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/ SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA ANUAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVO
EVITAR EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 80 DB

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen : RÉGIMEN

Salud Ocupacional

. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: EDGAR H MAQUINARIA SAS FECHA 15/01/2026 13:54:03

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RAFAEL ANTONIO TORRES ORDOÑEZ **C.C** 10954273

EDAD 41 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

RAFAEL A TORRES

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Vladimir Alberto Vega Rodríguez
Médico cirujano
Esp. En salud ocupacional y riesgos laborales
CC 72344909 RM 6270/2009
LIC. SO 5614- 26/04/2018

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.948

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	CONSTRUPROYECTOS ACP
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CAUSIL PEREZ OSCAR LUIS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 9 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1068816635 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL NUTRICIONAL POR EPS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Jim Roger Sánchez B. Salud Ocupacional Esp. SST 026/2019 RM 253781/03 MED OCUPACIONAL

Firma:

Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER

R. M.: 253781/03 L.S.O.: 026/2019

Código de Seguridad
R1261X1D10948

Aspirante o Trabajador

Firma: Oscar Causil

Nombre: CAUSIL PEREZ OSCAR LUIS

CC: 1068816635

Powered by CamScanner

A14

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.285

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
AGUAS MERCADO ELKIN MANUEL	MASCULINO	39 AÑOS 0 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1005419421 (Número)

Cargo: AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO-NUTRICIONAL POR EPS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Jim Roger Sánchez B. Salud Ocupacional 26/2019 253781/03

EN CASO DE EMERGENCIA, LA VALIDEZ DEL DOCUMENTO SE DEBE VALIDAR POR MEDIO DE LA INSTITUCIÓN

Firma: _____

Nombre: CC. 79762200 - JIM ROGER SANCHEZ

R. M.: 253781/03 L.S.O.: 026/2019

Código de Seguridad
L1261R1X16285

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: AGUAS MERCADO ELKIN MANUEL

CC: 1005419421

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



N° 16.286

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificacion	
AGUAS MERCADO LEONEL ENRIQUE	MASCULINO	37 AÑOS 2 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	1100624908 (Número)

Cargo: AYUDENTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NINGUNO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Jim Roger Sánchez D.
Esp. Salud Ocupacional
L.S.O 26/2019
R.M. 25378103

EN CASO DE DUDA O FALTA DE AUTENTICIDAD DEL DOCUMENTO SE DEBE VALIDAR POR MEDIO DE LA DIRECTO POR LA INSTITUCION

Firma:

Nombre: CC: 79762200 - JIM ROGER SANCHEZ

R. M.: 25378103 L.S.O.: 026/2019

Código de Seguridad
G1261M1S16286

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: AGUAS MERCADO LEONEL ENRIQUE

CC: 1100624908

MEDIPAZ IPS

NIT. 830.136.311-5

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)



FECHA:25/10/2025

TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: EDGAR GONZALEZ GONZALEZ **Sexo** [M]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] **T.I.** [ ] **C.E** [ ] **NUMERO:** 1.005.344.135 **Edad:** 25 AÑOS

EPS: Famisanar **CARGO:** Operador de excavadora

Empresa: CLIAM COLOMBIA S.A.S BIC **NIT:** 901186219-2

RESU LTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA (KNUDSON)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
HEMOCLASIFICACION	A+	**ESTATURA**	1.69 CM	**PESO**	70 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento:** **SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO- CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO
APTO PARA EL CARGO [X] **APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS** [X] **APTO CON RESTRICCIONES** [ ]
NO APTO [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN PERIODICO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO **SI** [ ] **NO** [ ] **REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL** **SI** [ ] **NO** [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN DE EGRESO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? **SI** [ ] **NO** [ ] **CUAL:**
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? **SI** [ ] **NO** [ ]

RECOMENDACIONES: USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020.

Valoración médica ***ocupacional y paraclínicos según resolución N° 4272 de 2021 El examinado CERTIFICA que no omitió ningún dato sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.***

Responsable: Dra. Karen Liseft Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Edgar Gonzalez

FIRMA PACIENTE

HUELLA



Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento