INFORME MENSUAL DE AVANCE No 1

DESDE EL 17 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 31 DE ENERO DE 2026

SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL TUNJUELITO (FDLT)

CONTRATO DE OBRA PÚBLICA COP-613-2025

BOGOTA 2026

INFORME MENSUAL DE AVANCE No 1

"EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO"

CONTRATISTA: CONSORCIO COCO

INTERVENTORIA:

CONTROL DE VERSIONES DOCUMENTO		
VERSIÓN	**DESCRIPCIÓN**	**FECHA**
1	Documento Inicial	25/01/2026

CONTROL DE VERSIONES		
VERSIÓN	**DESCRIPCIÓN**	**FECHA**
0	Entrega inicial	
1	Aprobación interventoría	
2	Remisión al Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito	

REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
		
ERICSON HERNAN GUTIERREZ Ing. Residente SST Contratista	**JOTAM MAESTRE DIAB** Ing. Representante Legal	**DIANA MARCELA MENDOZA NIÑO** Ing. Representante legal interventoría

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5

2. OBJETIVOS 6

2.1. Objetivos Generales 6
2.2. Objetivos Específicos 6

3. FORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CONTRATO. 7

4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO. 8

5. GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 9

5.1. Segmentos Viales a Intervenir 9

6. INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAMPAMENTOS Y CENTROS DE ACOPIO 11

6.1 Campamento principal: 11
6.2 Personal de seguridad y salud en el trabajo – Ambiental 11
6.3 personal contractual consorcio COCO contrato COP-613-2025 12
6.4 Personal vigente Contrato COP-613-2025 12

7. ACTIVIDADES SST REALIZADAS EN EL PROYECTO 13

7.1 Inducción 13
7.2 Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo 14
7.3 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social 14
7.4 Capacitación Personal 15

8. COMITÉS DE OBRA 15

8.1 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) 15
8.2 Comité de Convivencia Laboral 15

9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 15

9.1 Exámenes de Ingreso 15
9.2 Exámenes de Egreso 16

10. DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA TRABAJO SEGURO 16

10.1 Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP 16
10.2 Entrega y Reposición de EPP 16
10.3 Registro de Inspecciones Efectuadas 16
10.4 Manejo de Maquinaria, Equipos y Vehículos 16

11. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN) 18

11.1 Reporte de Accidentes e Incidentes 18
11.2 Estadísticas de Accidentalidad 18
11.3 Estadísticas de Ausentismo Laboral 18

12. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL 18

12.1 TRABAJO SEGURO EN EXCAVACIÓN 18
12.2 TRABAJO EN ALTURAS 18
12.3 IZAJE MECÁNICO DE CARGAS 19
12.4 MANIPULACIÓN DE REDES ELÉCTRICAS 19

13. CONCLUSIONES 19

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Información General de Contrato de obra 7
Tabla 2 Información de la Interventoría 7
Tabla 3 *Lista de CIV a Intervenir* 9
Tabla 4 Personal SST- Ambiental 11
Tabla 5 Personal Contractual 12
Tabla 6 Listado Personal Vigente 12
Tabla 7 Inducciones Periodo 13
Tabla 8 Maquinaria y Equipos 17

LISTA DE ILUSTRACIÓN

Ilustración 1 Localización general del proyecto. 8
Ilustración 2 Punto Crea y Centro de acopio 11

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Listado Personal. 12
Anexo 2 Documentación Legal, Planillas E Inducciones. 13
Anexo 3 Certificado Parafiscales. 15
Anexo 4 Registro Fotográfico 19

1. INTRODUCCIÓN

El CONSORCIO COCO. describe en el presente documento el cumplimiento a las condiciones contractuales del contrato de obra pública No COP-613-2025, cuyo objeto es "EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C"; donde se presenta para el periodo comprendido entre el 17 de Diciembre al 31 de Enero 2026 las estrategias del SG- Seguridad y salud en el trabajo, es con el fin de evitar y prevenir los incidentes y/o accidente de trabajo junto a las enfermedades laborales, con el propósito de llevar un control efectivo de los riesgos y así salvaguardar la integridad física y la vida de los trabajadores.

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

2. OBJETIVOS

El objetivo fundamental del Componente CERO ACCIDENTES Y ENFERMEDADES, para lo cual propiciamos y motivamos que cada trabajador tenga una actitud y un compromiso permanente con la Seguridad en su medio laboral.

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

2.1. Objetivos Generales

- Prevenir y/o controlar los riesgos en las diferentes áreas y lugares donde se desarrollan los trabajos.
- Prevenir y/o mitigar cualquier impacto en la salud que se genere en la ejecución de los trabajos.

2.2. Objetivos Específicos

- Sistematizar las actividades de prevención de Riesgos y deterioro en la salud.
- Incrementar el compromiso del auto cuidado.
- Identificar, eliminar los y condiciones inseguras.

3. FORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CONTRATO.

A continuación, se presenta, una descripción general del contrato de obra No. COP-613-2025.

Tabla 1 Información General de Contrato de obra

Número del contrato:	COP-613-2025
Objeto:	"EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO"
Nombre contratista:	Consorcio COCO
Representante legal:	JOTAM MAESTRE DIAB
Nit	902.010.258-8
Plazo de ejecución:	Ocho (08 meses.)
Fecha de iniciación:	17 de Diciembre de 2025
Fecha de Terminación:	16 de agosto de 2026
Entidad contratante:	Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito
Dirección:	Diagonal 52B sur #26-98
Teléfono:	3128937518

Fuente: Consorcio COCO

Tabla 2 Información de la Interventoría

Objeto:	REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA AMBIENTAL, SOCIAL Y SST AL CONTRATO DE OBRA PUBLICA RESULTANTE DEL PROCESO DE LICITACIÓN PUBLICA CUYO OBJETO ES: EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C
Nombre contratista:	AHLA SHUGL INTERNATIONAL S.A.S
Nit:	901.719.068-6
Dirección:	Calle 57 # 3-42 Oficina 402
Teléfono:	3112682379

Fuente: Consorcio COCO

4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO.

El CONSORCIO COCO, estará ejecutando actividades La localidad de Tunjuelito (06) se ubica al sur de la ciudad; limita al norte con las localidades de Kennedy (08) y Puente Aranda (16), a través de la Autopista Sur; al oriente con la localidad de Rafael Uribe Uribe (18), a través de la Tv 42, la Ak 33, la Cl 47 Sur, la Cl 44 Sur y la Avenida Caracas; al sur con la localidad de Usme (05), a través del lindero de la Escuela de Artillería; por el occidente con la localidad de Ciudad Bolívar (19), a través del río Tunjuelito.
Esta localidad tiene una extensión en suelo urbano de 991 ha, se encuentra subdividida en dos UPZ; siendo la UPZ de Venecia la que contiene la mayor participación en suelo, 66,98% (664 ha); por su parte, la UPZ Tunjuelito representa el 33,02% (327 ha) del suelo restante de la localidad-

Zona Urbana:
UPZ 42 – Venecia
UPZ 62 – Tunjuelito

Por consiguiente, la localización del proyecto se encuentra ubicado según se muestra en la ilustración a continuación.

Ilustración 1 Localización general del proyecto.



Fuente: Consorcio COCO

5. GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1. Segmentos Viales a Intervenir

El área de Influencia directa corresponde inicialmente a los siguientes CIV y a las vías de desvío establecidas en el PMT los cuales se encuentran en proceso de definición teniendo en cuenta el presupuesto, la priorización que les de la entidad contratante y el estado actual de los mismos, siendo esta el área donde se manifestarán de forma directa las actividades generadas por el proyecto.

Durante el presente periodo no se ha dado inicio en obra, pero se muestra cuáles serán los CIV a intervenir en el Consorcio COCO.

Tabla 3 Lista de CIV a Intervenir

CIV	EJE VIAL	DESDE	HASTA	BARRIO
6001390	CLL. 53 SUR	CRA. 15	CRA. 17	SAN CARLOS
6000789	CLL. 49A SUR	CRA. 31	CRA. 33	SAMORÉ
6000859	CLL. 50 SUR	CRA. 29	CRA. 31	SAMORÉ
6000931	CLL. 53B SUR	CRA. 32	CRA. 33	SAN VICENTE F.
6000833	CLL. 50 B SUR	CRA. 32	CRA. 31	SAMORÉ
6000557	CLL. 50 A SUR	CRA. 36	CRA. 37	FÁTIMA
6000389	CRA. 38	CLL. 50 A SUR	CLL. 50 B SUR	FÁTIMA
6000372	CLL. 50 A SUR	TV. 44	CRA. 38	FÁTIMA
6000617	CRA. 37 A	CLL, 53 B SUR	CLL. 54 SUR	FÁTIMA
6000830	CRA. 34	CLL. 54 SUR	CLL. 54 A SUR	SAN VICENTE F.
6000870	CL. 53B SUR	CRA. 33A	CRA. 34	SAN VICENTE F.
6002092	DG. 52 SUR	CRA. 33	CRA. 35	FÁTIMA
6000857	CL. 53A SUR	CRA. 33A	CRA.34	SAN VICENTE F.
6000721	CL. 52 G SUR	TV.35 B	CRA. 35 A	FÁTIMA
6001013	CL. 48 C SUR	CRA. 26	CRA. 27	SAMORÉ
6001167	CRA. 24C	CL.48 SUR	CL. 48C SUR	TUNAL ORIENTAL

CIV	EJE VIAL	DESDE	HASTA	BARRIO
6000786	CRA. 34	DG. 52B SUR	CL. 52 G SUR	SAN VICENTE F.
6001008	KR 26	CL 48A S	CL 48B S	SAMORÉ
6001206	CRA. 25	CLL. 54 SUR	CLL. 54A SUR	TUNAL ORIENTAL
6001200	CRA. 25	CLL. 52B SUR	CLL. 54 SUR	TUNAL ORIENTAL
6000835	CLL. 52G SUR	CRA. 33	CRA. 34	SAN VICENTE F.
6000835	CLL. 52G SUR	CRA. 33	CRA. 34	SAN VICENTE F.
6000812	DG. 52B SUR	CRA. 33	CRA. 34	FÁTIMA
6001888	CRA. 61 G	CRA. 61 A	DG. 48 SUR	ISLA DEL SOL
6001384	CLL. 57 SUR	CRA. 18D	CRA. 19	SAN CARLOS
6001940	CLL. 57 SUR	CRA. 17A	CRA. 18	SAN CARLOS
6001407	CRA. 18B	CLL. 55 SUR	CLL. 57 SUR	SAN CARLOS
6001479	CLL. 57 SUR	CRA. 16	CRA. 17	SAN BENITO
6001683	CLL. 51 SUR	DG. 48 SUR	CRA. 19 B	SANTA LUCÍA
6001388	CRA. 18 C	CLL. 55 SUR	CLL. 57 SUR	SAN CARLOS
6001389	CLL. 57 SUR	CRA. 18 C	CRA. 18 D	SAN BENITO
6001850	CLL. 57 SUR	CRA. 17	CRA. 17 A	SAN CARLOS
6001779	CLL. 53A SUR	CRA. 9	CRA. 8 A	ABRAHAM LINCOLN
6001800	CLL. 53 A SUR	CRA. 7 A	CRA. 8	ABRAHAM LINCOLN
6001788	CRA. 8	CLL. 53 A SUR	CLL. 53 SUR	ABRAHAM LINCOLN
6000580	CRA. 54B	DG. 52 B SUR	TV. 44	VENECIA
6000528	CRA. 55ª	DG. 52 B SUR	TV. 44	VENECIA

Fuente: Consorcio COCO

6. INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CAMPAMENTOS Y CENTROS DE ACOPIO

6.1 Campamento principal:

Se cuenta con un PUNTO CREA el cual, consta de oficinas para labores administrativas debidamente identificadas, así mismo también es utilizada como centro de acopio de materiales en la dirección Diagonal 46 A sur # 52C-56.

Ilustración 2 Punto Crea y Centro de acopio



Las Instalaciones del Punto de Atención al Ciudadano cuentan con los siguientes elementos.

- Servicio de baño
- Punto ecológico los cuales son protegidos contra la acción del agua, diferenciados por colores con el fin de hacer la clasificación de los residuos en la fuente.
- Extintor para el control de incendios
- Botiquín Tipo A de primeros auxilios
- Señalización de cada una de las áreas
- Señalización en caso de emergencia
- Avisos informativos
- Camilla.
- Cartelera SST y de Bioseguridad.

6.2 Personal de seguridad y salud en el trabajo – Ambiental

Para el cumplimiento de los requerimientos SST en la ejecución del contrato el contratista conformó un grupo de profesionales y se contara con una auxiliar SST- Ambiental, este grupo está conformado por:

Tabla 4 Personal SST- Ambiental

NOMBRE	DEDICACION	CARGO
Ericson Hernán Gutiérrez	100%	Residente SST
Saraima Patricia Sierra Oñate	100%	Profesional de Apoyo SST
Mayra Alejandra Dussan	100%	Auxiliar SST

Fuente: Consorcio COCO

6.3 personal contractual consorcio COCO contrato COP-613-2025

A continuación, se relaciona el personal Contractual de acuerdo con el pliego de condiciones.

Tabla 5 Personal Contractual

NOMBRE	CARGO
Angela Patricia Castro Gómez	Director de Obra
Javier Hernando Castro Guerrero	Residente de Obra
Jorge Eliecer Ibarra Hernández	Especialista Hidráulico
José Miguel Aldana Arévalo	Especialista en Pavimentos y Geotecnia
Carlos Andrés Muñoz León	Especialista en Tránsito y Transporte
Julián Ricardo Benavides Gil	Especialista Forestal
Hernán David Bermúdez Moncada	Residente Ambiental
Ericsson Hernán Gutiérrez Sánchez	Residente SST
Martha Liliana Triana Carrero	Residente Social
Cristian Gustavo Gonzales Silva	Topógrafo
Jorge Andrés Vega Bravo	Inspector 1
Hollman Farid Huérfano Ocampo	Inspector 2

Fuente: Consorcio COCO

6.4 Personal vigente Contrato COP-613-2025

Para el periodo en mención se encuentra el siguiente personal activo:

Tabla 6 Listado Personal Vigente

LISTADO DE PERSONAL					
Condiciones	**No de personal Antiguo**	**No de personal nuevo**	**No de personas retiradas**	**Ingresos retiros**	**REINTEGROS**
Administrativos	**18**	**0**	**0**	**0**	**0**
Topografía	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Consorcio COCO

Anexo 1 Listado Personal.

7. ACTIVIDADES SST REALIZADAS EN EL PROYECTO

Durante el periodo de elaboración de este informe SST se realizaron actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- ✓ Inducción de personal para nuevos ingresos
- ✓ Revisión de exámenes de ingreso
- ✓ Instalación de Carteleras SST informativas Punto Crea
- ✓ Comités con el FDLT- Interventoría

7.1 Inducción

El objetivo principal de la inducción es brindar al trabajador una efectiva orientación general sobre las funciones que desempeñara, los fines o razón social del Consorcio, la organización y la estructura de este. Con el proceso de inducción se busca resaltar las recomendaciones médicas prescritas por el Medico ocupacional del centro médico, el cual realizo al trabajador el examen de ingreso, de igual forma se da a conocer las políticas en Seguridad y Salud en el Trabajo y se notifica los riesgos a los que está expuesto el trabajador.

Se realizaron inducciones de inicio a los trabajadores informándoles acerca del proyecto las reglas de seguridad y salud en el trabajo que se deben cumplir y las actividades a realizar según el cronograma para llevar a cabalidad la ejecución del mismo.

Tabla 7 Inducciones Periodo

INDUCCIÓN A LOS PUESTOS DE TRABAJO				
No. INFORME	**FECHA**	**NUMERO DE ASISTENTES**	**TIEMPO**	**H/ H / C**
1	**17/12/2025**	**12**	1:00:00	1:00:00
1	**13/1/2026**	**3**	1:00:00	1:00:00
1	**19/1/2026**	**2**	1:00:00	1:00:00
1	**26/1/2026**	**2**	1:00:00	1:00:00
1	**27/1/2026**	**1**	1:00:00	1:00:00

Fuente: Consorcio COCO

Anexo 2 Documentación Legal, Planillas E Inducciones.

7.2 Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo

Teniendo en cuenta las características del proyecto y la necesidad de incluir personal para la ejecución de las actividades del CONSORCIO COCO realizo un proceso de inducción y entrenamiento de acuerdo a la fecha de ingreso con una duración de una hora en el cual se trataron los siguientes temas:

- ✓ Socialización del reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo
- ✓ Socialización de la Política de Seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Sistema General de Seguridad Social SGSS y Sistema General de Riesgos Laborales SGRL, se le explica al trabajador la funcionalidad, derechos y deberes.
- ✓ Accidentes de trabajo, definición según la ley, procedimiento ante el reporte, cuando no aplica un evento como accidente de trabajo, casos reales de accidentes de trabajo.
- ✓ Enfermedad Laboral, definición según la Ley, casos reales y socialización.
- ✓ Plan de Emergencia, principales tipos de emergencia, funciones de la brigada de emergencia y cómo actuar ante una emergencia.
- ✓ Elementos de Protección Personal EPP: funcionalidad, porte adecuado, control de riesgos.
- ✓ Notificación de riesgos de acuerdo al puesto de trabajo y actividad.

7.3 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social

Antes de iniciar actividades todos los trabajadores que participen en las mismas deberán estar afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Toda persona visitante, conductor, personal relacionado con la obra, Interventoría, personal externo, etc. debe cumplir con las afiliaciones obligatorias y el uso de elementos de protección personal mientras permanezca en el área de desarrollo del proyecto.

- Afiliación del Personal a una Entidad Promotora de Salud (EPS).

Toda empresa debe afiliar a sus empleados a una EPS de su libre elección, los empleados que estén bajo el régimen subsidiado una vez inicien el vínculo laboral serán adscritos a una EPS, cuando el vínculo laboral desaparezca El Contratista entregará la respectiva carta para su reingreso al régimen subsidiado. El patrono descontará al empleado su aporte y pagará el suyo a la entidad correspondiente.

- Afiliación del Personal a un Fondo de Pensiones (AFP Administradora de Fondo de Pensiones).

El contratista debe afiliar a sus empleados a un Fondo de pensiones de libre elección del trabajador, allí deberá consignar su aporte para el auxilio de pensión correspondiente junto con el aporte del trabajador.

- Afiliación del Personal a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL)

Toda empresa legalmente constituida deberá afiliar a sus empleados a una ARL de elección del empleador, allí consignará el aporte correspondiente de acuerdo con la actividad económica establecida el decreto 1607 de 2002 y al decreto 1772 de 1994.

Anexo 3 Certificado Parafiscales.

7.4 Capacitación Personal

El objetivo principal de la capacitación del personal de obra es asegurar que tengan las competencias necesarias para realizar sus tareas de manera segura, eficiente y efectiva, mejorando así la productividad, la seguridad y la calidad del trabajo.

Durante este periodo, no se realizó capacitación al personal según lo programado en el Cronograma, ya que el proyecto se encuentra en etapa preliminar.

8. COMITÉS DE OBRA

Los comités de seguimiento se realizan en las oficinas de la alcaldía local de Tunjuelito o de manera virtual con la asistencia y participación de la supervisión, el grupo de profesionales de la Interventoría y el Consorcio COCO.

8.1 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)

El Contratista conformará el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, durante la primera semana del segundo mes de iniciar labores constructivas cuando se cuente con un aproximado del personal total de obra, el número de representantes se hará de acuerdo al Artículo 2 de la resolución 2013 de 1986, el cual se reunirá una vez al mes.

8.2 Comité de Convivencia Laboral

El Contratista conformará el Comité de Convivencia Laboral, durante la primera semana del segundo mes de iniciar labores constructivas cuando se cuente con un aproximado del personal total de obra, de acuerdo a Ley 1010 de 2006 y las Resolución 3461 del 2025.

9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

El subprograma de medicina preventiva y del trabajo busca la promoción y control de la salud de los trabajadores, protegiéndolos de los riesgos laborales y asegurando que las condiciones de trabajo se encuentren adecuadas.

9.1 Exámenes de Ingreso

Según la Resolución 2346 de 2007 se deben realizar exámenes médicos ocupacionales de ingresos a todo el personal antes de ingresar a laborar, para lo cual el CONSORCIO COCO, ha realizado exámenes médicos ocupacionales de ingreso de acuerdo al cargo a desempeñar.

El Consorcio realiza Evaluaciones Médicas Ocupacionales de ingreso, periódicas y de retiro en relación al profesiograma; para tal fin se diligencia la Historia Clínica Ocupacional previo diseño de los perfiles psicofisiológicos, esta historia es manejada por las clínicas (medico ocupacional) de convenio establecidas con las instituciones. Se cuenta con un convenio con los Centros Médicos Anmediprev Ltda., Mediexpress IPS, Compásales ips, Divino Niño Jesús, Medipro IPS, Servicios Médicos Integrales Santa Helena, y otros en los cuales se desarrollan estas actividades y cuentan con su

licencia en salud ocupacional.

9.2 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. Teniendo en cuenta la Resolución 0312 de 2019, 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.

10. DIVULGACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA TRABAJO SEGURO

10.1 Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP.

Son particularmente aquellos elementos de protección personal que hacen parte de la dotación cuyo objeto es proteger al personal de los riesgos de actividades y exposiciones que tienen de acuerdo a las labores que desempeñan minimizando los riesgos o en lo posible evitándolos completamente.

10.2 Entrega y Reposición de EPP.

Se ha entregado casco, overol, Botas Tipo Cuero o Caucho, monogafas de seguridad, protector auditivo tipo inserción o Copa, protección respiratoria (mascarilla normal), guantes vaqueta y guantes de caucho, a todo el personal de obra y se hará reposición cada vez que sea necesario.

10.3 Registro de Inspecciones Efectuadas

En cuanto a la realización de inspecciones, de acuerdo al Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, para el presente periodo no se realizaron inspecciones de campo ya que el contrato se encuentra en etapa preliminar y no se cuenta con frentes de obra.

10.4 Manejo de Maquinaria, Equipos y Vehículos

Este componente tiene como objetivo establecer los lineamientos que faciliten la implementación de medidas que mitiguen los riesgos que puedan generar.

Tabla 8 Maquinaria y Equipos

MANEJO	MAQUINARIA Y EQUIPO		
OBJETIVO	- Controlar la maquinaria y equipos - Evitar derrames de líquidos de maquinaria y otros -Evitar accidentes y afectaciones al tráfico vehicular -Hacer un control óptimo de las herramientas		
ETAPA	Construcción	TIPO DE MEDIDA	Prevención / Control
IMPACTOS A MANEJAR			
La implementación de las medidas de manejo para la maquinaria y equipos utilizados en las obras de construcción permiten controlar los siguientes impactos: - Generación de ruido. -Contaminación del aire - Alteración características del suelo -Contaminación del suelo -Riesgo de accidentalidad			
MEDIDAS DE MANEJO			
- Realizar un mantenimiento periódico a los vehículos para garantizar la perfecta combustión de los motores, el ajuste de los componentes mecánicos, el balanceo y la calibración de las llantas. -En los vehículos Diésel el tubo de escape debe estar a una altura mínima de 3m. -Se debe solicitar el certificado de emisiones atmosféricas vigente. -En todos los casos cumplir con los requerimientos sobre calidad del aire fijado en la Normatividad Ambiental Vigente. - Se deberán emplear vehículos de modelos recientes, con el objeto de minimizar emisiones atmosféricas que sobrepasen los límites permisibles. - Efectuar el mantenimiento de la maquinaria en centros debidamente autorizados. -Verificar que los vehículos transportadores de concreto, mezclas asfálticas, emulsiones y otros, se encuentren en óptimas condiciones con el fin de evitar derramamientos que contaminen el suelo. En caso de que el derrame ocurra, recolecte de inmediato los residuos y dispóngalos en un botadero debidamente autorizado. -Toda la maquinaria y equipo debe portar extintor multipropósito.			
SEGUIMIENTO			
Lista de Chequeo mensual.			
FORMATO DE CONTROL MENSUAL	- Listado de Maquinaria, equipos y vehículos en obra. - Inspección de maquinaria, equipos y vehículos en obra.		

RESPONSABLES	- Contratista de Obra (Director de Obra, Ingeniero Residente SST Y Ambiental)

Para el presente periodo no se presentó maquinaria ya que el proyecto se encuentra en etapa preliminar.

11. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN)

11.1 Reporte de Accidentes e Incidentes

Para verificar los indicadores de accidentabilidad exigidos en la normatividad colombiana según 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 ya que el contrato se encuentra en Etapa Preliminar y no se han iniciado actividades de obra.

11.2 Estadísticas de Accidentalidad

De acuerdo con lo anterior el CONSORCIO COCO para el presente periodo reporta una estadística de Accidentalidad en 0, con Índice de frecuencia del 0% y un índice de severidad del 0%.

11.3 Estadísticas de Ausentismo 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.

Para el presente periodo se reporta una estadística de ausentismo laboral del 0%

12. SUBPROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

12.1 Trabajo Seguro en Excavación

El trabajo seguro en excavación implica la implementación de medidas de prevención para proteger a los trabajadores de riesgos como derrumbes, caídas y otros accidentes. Esto incluye inspecciones previas, uso de sistemas de protección, demarcación de áreas y capacitación del personal.

Para el presente periodo las actividades de excavaciones no se han iniciado ya que el contrato se encuentra en etapa preliminar y no se han iniciado actividades constructivas.

12.2 Trabajo en Alturas

La Resolución 4272 de 2021 establece los requisitos mínimos de seguridad para este tipo de trabajo. Incluye la capacitación de los trabajadores, la implementación de sistemas de protección contra caídas y la supervisión constante

de las actividades.

El objeto de este programa es establecer las fases de trabajo y los puntos clave de seguridad que deberán seguirse durante la realización de trabajos en altura.

Para el presente periodo las actividades de excavaciones no se han iniciado ya que el contrato se encuentra en etapa preliminar y no se han iniciado actividades constructivas.

12.3 Izaje mecánico de cargas

El izaje mecánico de cargas es el proceso de elevar y mover objetos pesados o de gran tamaño utilizando equipos especializados como grúas, polipastos, eslingas y otros dispositivos.

El consorcio no contara con izaje mecánico, ya que no se cuenta con objetos de carga pesada que requieran de este procedimiento, sin embargo, durante la ejecución de las actividades si se presentara el caso de una eventualidad como: caída de un poste, volcamiento de maquinaria, se realiza la respectiva solicitud ante la entidad competente (energía y telefonía) y se contrataría servicios de grúa según el caso.

12.4 Manipulación de Redes Eléctricas

En el periodo del presente informe no se ha presentado actividad relacionadas con las intervenciones sobre redes eléctricas, en caso de requerir intervenciones en las redes de este sistema se dará aviso al proveedor del servicio para que realice las intervenciones que garanticen la seguridad del sitio de trabajo a intervenir.

En caso tal que se llegase a presentar una eventualidad sobre los postes eléctricos, y estos estén hincados se procederá apuntalar al poste para dar estabilidad al mismo mientras hacen presencia los técnicos de energía eléctricas.

13. CONCLUSIONES

Las actividades del Área SST, se han efectuado de acuerdo a lo planteado en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, de igual forma se han atendido las observaciones y las directrices dadas por la interventoría, lo cual evidencia cumplimiento con lo establecido en el pliego de condiciones del proyecto.

La gestión que se realizó ha contribuido de manera muy importante, para identificar y resaltar la implementación exitosa del sistema de Gestión en seguridad y Salud en el Trabajo.

Anexo 4 Registro Fotográfico

ANEXO N°1. LISTADO DEL PERSONAL CONSORCIO COCO.

FORMATO

LISTADO DE PERSONAL

CONTRATISTA

CONTRATO No	
CONTRATISTA / CONSULTOR	
OBJETO	

DATOS DEL TRABAJADOR											ARL		EPS		AFP		CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA			VALORACION INGRESO
N°	EMPRESA (CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA)	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CARGO	CEDULA	SEXO F	SEXO M	LOCALIDAD DE RESIDENCIA	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	ESTADO	NOMBRE ARL	FECHA AFILIACION	NOMBRE EPS	FECHA AFILIACION	NOMBRE AFP	FECHA AFILIACION	INGRESO	PERIÓDICO	EGRESO	
1	PROCOM INGENIERIA	ANGELA PATRICIA CASTRO GOMEZ	DIRECTOR DE OBRA	30321513	X		USAQUEN	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	11/18/2024	SURA	11/28/2025	COLPENSIONES	1/23/2026		N/A	N/A	
2	CONSORCIO COCO	JAVIER HERNANDO CASTRO GUERRERO	RESIDENTE DE OBRA	98388497		X	SUBA	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	1/14/2026	COMPENSAR	1/29/2026	COLPENSIONES	1/27/2026	12/6/2025	N/A	N/A	
3	GEOMATRIX SAS	JOSE MIGUEL ALDANA AREVALO	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA VIAL Y PAVIMENTOS	1024550603		X	USAQUEN	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	1/8/2026	COMPENSAR	1/8/2026	PROTECCION	1/8/2026		N/A	N/A	
4	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	ESPECIALISTA HIDRAULICO	10766686		X	KENNEDY	12/17/2025	N/A	INGRESO	POSITIVA	12/2/2025	SURA	12/2/2025	COLPENSIONES	7/1/2014		N/A	N/A	APTO
5	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	ESPECIALISTA EN TRANSITO Y TRANSPORTE	1049622088		X	ENGATIVA	12/17/2025	N/A	INGRESO	SEGUROS BOLIVAR	10/1/2025	SANITAS	4/1/2025	COLPENSIONES	3/1/2025	9/24/2025	N/A	N/A	APTO
6	JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL	JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL	ESPECIALISTA FORESTAL	80851640		X	USME	12/17/2025	N/A	INGRESO			COMPENSAR	2/16/2026	COLPENSIONES	5/1/2017	9/13/2025	N/A	N/A	APTO
7	CONSORCIO VIAS CB	HERNAN DAVID BERMUDEZ MONCADA	RESIDENTE AMBIENTAL	1031145002		X	CHAPINERO	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	1/27/2025	SANITAS	3/26/2025	PROTECCION	4/1/2018	6/25/2025	N/A	N/A	APTO
8	CONSORCIO VIAS CB	ERICSON HERNAN GUTIERREZ SANCHEZ	RESIDENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	80229640		X	KENNEDY	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	2/8/2025	SALUD TOTAL	3/26/2025	PORVENIR	1/21/2026	6/25/2025	N/A	N/A	APTO
9	CONSORCIO VIAS CB	MARTHA LILIANA TRIANA CARRERO	RESIDENTE SOCIAL	52328935	X		USAQUEN	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	2/10/2025	SANITAS	4/10/2025	COLPENSIONES	6/1/2021		N/A	N/A	APTO
10	CONSORCIO CONKENNEDY VIAL	JORGE ANDRES VEGA BRAVO	INSPECTOR DE OBRA 1	1120750763		X	FONTIBON	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	8/24/2024	NUEVA EPS	8/20/2024	PROTECCION	9/1/2022	12/13/2025	N/A	N/A	APTO
11	PROCOM INGENIERIA	HOLLMAND FARID HUERFANO OCAMPO	INSPECTOR DE OBRA 2	1023878165		X	TEUSAQUILLO	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	3/10/2020	SURA	1/17/2019	PORVENIR	1/25/2026		N/A	N/A	APTO
12	CONSORCIO SAN PROTO	CRISTIAN GUSTAVO GONZALES SILVA	TOPOGRAFO	1026568860		X	ENGATIVA	12/17/2025	N/A	INGRESO	SURA	4/9/2025	SANITAS	4/7/2025	PORVENIR	1/7/2026	5/17/2025	N/A	N/A	APTO
13	CONSORCIO COCO	WENDY JULIET GAMEZ TABIMBA	PROFESIONAL DE APOYO AMBIENTAL	1033780860	X		TUNJUELITO	1/13/2026	N/A	INGRESO	SURA	1/15/2026	COMPENSAR	1/29/2026	PORVENIR	1/19/2026	1/14/2026	N/A	N/A	APTO
14	CONSORCIO COCO	MARITZA MAYERLY VANEGAS RODRIGUEZ	PROFESIONAL DE APOYO SOCIAL	53134703	X		SOACHA	1/13/2026	N/A	INGRESO	SURA	1/15/2026	SANITAS	1/13/2026	COLFONDO	1/19/2026	1/10/2026	N/A	N/A	APTO
15	CONSORCIO KA VIAL	SARAIMA PATRICIA SIERRA OÑATE	PROFESIONAL DE APOYO SST	1067816960	X		CHAPINERO	1/13/2026	N/A	INGRESO	SURA	10/17/2024	SALUD TOTAL	2/4/2026	PORVENIR	1/19/2026	1/12/2023	N/A	N/A	APTO
16	CONSORCIO COCO	EDGAR DANIEL GUZMAN ÑAÑEZ	PROFESIONAL DE APOYO RESIDENTE DE OBRA	1061816007		X	ENGATIVA	1/19/2026	N/A	INGRESO	SURA	1/27/2026	NUEVA EPS	1/19/2026	COLPENSIONES	5/11/2022	1/16/2026	N/A	N/A	APTO
17	CONSORCIO COCO	JOHANA MARCELA NIETO TRIVIÑO	PROFESIONAL DE APOYO TOPOGRAFA	1022985289	X		USME	1/19/2026	N/A	INGRESO	SURA	1/27/2026	SALUD TOTAL	2/4/2026	PORVENIR	1/13/2026	1/16/2026	N/A	N/A	APTO
18	CONSORCIO COCO	GEOVANNY MAESTRE FAREDES	CADENERO 1	19705889		X	PUENTE ARANDA	1/26/2026	N/A	INGRESO	SURA	1/27/2026	SALUD TOTAL	2/4/2026	PORVENIR	1/19/2026	1/24/2026	N/A	N/A	APTO
19	CONSORCIO COCO	MAYRA ALEJANDRA DUSSAN DUSSAN	AUXILIAR AMBIENTAL-SST	1033729101	X		SOACHA	1/26/2026	N/A	INGRESO	SURA	1/26/2026	COMPENSAR	1/29/2026	PROTECCION	10/1/2024	1/24/2026	N/A	N/A	APTO
20	CONSORCIO COCO	GUILLERMO ANDRES PULGA HERRERA	AUXILIAR TECNICO	1076666398		X	SUBA	1/27/2026	N/A	INGRESO	SURA	1/27/2026	SANITAS	1/27/2026	COLPENSIONES	1/19/2026	1/26/2026	N/A	N/A	APTO
21																				

FORMATO

LISTADO DE PERSONAL

CONTRATISTA

CONTRATO No	
CONTRATISTA / CONSULTOR	
OBJETO	

DATOS DEL TRABAJADOR					
N°	**EMPRESA (CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA)**	**NOMBRE DEL TRABAJADOR**	**CARGO**	**CEDULA**	**PLANILLA**
1	PROCOM	ANGELA PATRICIA CASTRO GOMEZ	DIRECTOR DE OBRA	30321513	MI PLANILLA
2	CONSORCIO COCO	JAVIER HERNANDO CASTRO GUERRERO	RESIDENTE TÉCNICO 1	98388497	MI PLANILLA
3	GEOMATRIX SAS	JOSE MIGUEL ALDANA AREVALO	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA VIAL Y PAVIMENTOS	1024550603	PAGO SIMPLE
4	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	ESPECIALISTA HIDRAULICO	10766686	MI PLANILLA
5	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	ESPECIALISTA EN TRANSITO Y TRANSPORTE	1049622088	MI PLANILLA
6	JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL	JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL	ESPECIALISTA FORESTAL	80851640	MI PLANILLA
7	CONSORCIO VIAS CB	HERNAN DAVID BERMUDEZ MONCADA	RESIDENTE AMBIENTAL	1031145002	MI PLANILLA
8	CONSORCIO VIAS CB	ERICSON HERNAN GUTIERREZ SANCHEZ	RESIDENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	80229640	MI PLANILLA
9	CONSORCIO VIAS CB	MARTHA LILIANA TRIANA CARRERO	RESIDENTE SOCIAL	52328935	MI PLANILLA
10	CONSORCIO KA VIAL	JORGE ANDRES VEGA BRAVO	INSPECTOR DE OBRA 1	1120750763	MI PLANILLA
11	PROCOM	HOLLMAND FARID HUERFANO OCAMPO	INSPECTOR DE OBRA 2	1023878165	MI PLANILLA
12	CONSORCIO SAN PROTO	CRISTIAN GUSTAVO GONZALEZ SILVA	TOPÓGRAFO	1026568860	MI PLANILLA

ANEXO N°2. DOCUMENTOS LEGALES, INDUCCIÓN, PLANILLAS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGELA PATRICIA CASTRO GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **30321513,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2018** 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 23 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

Medellín, 28 de November de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 PROCOM INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 1	Porcentaje Cotización:	0.522 %	
C30321513	CASTRO GOMEZ ANGELA PATRICIA	19/11/2024		20024316	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 28/11/2025 11:29:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.50.252.161, 198.143.41.20, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.321.513**
CASTRO GOMEZ

APELLIDOS
ANGELA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-1971**
MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

30-NOV-1989 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00163332-F-0030321513-20090717 0013589138A 1 1230101919

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_4521661

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 901359599 PROCOMINGENIERIA SAS
Afiliado	CC 30321513 ANGELA PATRICIA CASTRO GOMEZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 9,000,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 93 # 17 45 OF 602
Fecha de ingreso	14/11/2024
Fecha de radicación	18/11/2024 12:09:35 p.m.
Código de Transacción	188051133
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 12/2024

Fecha de generación 28/11/2025

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAVIER HERNANDO CASTRO GUERRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **98388497,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de 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

Medellín, 27 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 CONSORCIO COCO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA 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
C98388497	CASTRO GUERRERO JAVIER HERNANDO	14/01/2026		vn231253	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:C10658256682602746257

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 27/01/2026 12:50:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **98.388.497**

CASTRO GUERRERO

APELLIDOS

JAVIER HERNANDO

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1973**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-1992 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0721700-00891377-M-0098388497-20170327 **00545**72653G 1 9999423504

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar B
29/01/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 29 1 2026

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	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	D. De oficio [ ]					

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

8. Apellidos y nombres				9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						País	Departamento	Municipio	
CASTRO	GUERRERO	JAVIER	HERNANDO	CC	98388497	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	COLOMBIANO	COLOMBIA	NARIÑO	PASTO	11 7 1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
COLPENSIONES	4,250,000		CARRERA 58 # 138 ? 40 TORRE 4 APTO 604

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Departamento
	3184533044	javier.castrocmu@gmail.com	CUNDINAMARCA

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona						
BOGOTá D.C.		Cabecera Municipal	X	Centro Poblado	[ ]	Rural Disperso	[ ]	Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres				28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre						País	Departamento	Municipio	
						Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?					

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. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

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 permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V003

	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: **CONSORCIO COCO**			
56. Tipo de documento de identificación: **NI**	57. Número del documento de identificación: **902010258**	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación: **CARREA 15 #93A-84** (Dirección)			**3244111638** (Teléfono fijo o Celular)
Teléfono fijo o Celular	**rhprocom@hotmail.com** (Correo electrónico)	**BOGOTá D.C.** (Departamento)	**CUNDINAMARCA** (Municipio/Distrito)

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación: **CASTRO** (Primer Apellido)	**GUERRERO** (Segundo Apellido)	**JAVIER** (Primer Nombre)	**HERNANDO** (Segundo Nombre)

Tipo de documento de identidad: **CC**	10. Número de documento de identidad: **98388497**	62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]	63. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?				
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): **11 7 1973**		65. EPS anterior					
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): **1 1 2026**		67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				

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.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 de 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 PT
  Cantidad de documentos de identidad 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 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.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

98388497

Compensar B

29/01/2026

COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

V003

FOR-EPSVTA-0002

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

CUESTIONARIO 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

compensar | salud eps

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

SI: [X] Correo electrónico: **javier.castrocmu@gmail.com** NO: [ ] Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: CC 98388497

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.
Compensar se compromete a utilizar mis datos en el desarrollo de sus funciones, con el fin de dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Además, para atender a requerimientos legales y de organismos de control, transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, para tramitar traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley, así como las demás finalidades descritas en el numeral 7 del Manual de Tratamiento de Datos personales, el cual manifiesto conocer.
Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial o publicitaria sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar o, en caso de ser necesario la gestión de cobranzas. Entiendo que estas actividades podrán ser realizadas a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto, por medio de aplicaciones de mensajería instantánea o visitas, lo cual puedo revocar en cualquier momento.
Entiendo que Compensar cuenta con proveedores o aliados para la prestación de los servicios, a los cuales compartirá mi información en caso de ser necesario y quienes conforme con la ley, asumirán el rol de encargados del tratamiento.
En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.
Estoy de acuerdo en que Compensar trate mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber
Mis derechos como titular de la información s
ejercer de acuerdo con lo definido en el Ma
solicitud o reclamo a través de la página we
cuchamos o por escrito en la dirección Aven

Si [X] No [ ]

compensar B
29/01/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** CC 98388497

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

ANMEDIPREV LTDA

NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.933

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	12 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO COCO

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	
CASTRO GUERRERO JAVIER HERNANDO	MASCULINO	52 AÑOS 4 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	98388497 (Número)

Cargo: **DIRECTOR DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
EPS COMPENSAR	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCION PARA EL CARGO CON USO DE GAFAS PERMANENTES*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMAMENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL DE PESO, ALIMENTACIÓN BALANCEADA, PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA DE ACUERDO A SU CAPACIDAD FUNCIONAL.
ERGONOMÍA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 79130672 - IVAN LEONARDO MOGOLLON

R. M.: 79130672 **L.S.O.:** 1559 13/02/20

Código de Seguridad
R622X1D39933

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASTRO GUERRERO JAVIER HERNANDO

CC: 98388497

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.550.603**

ALDANA AREVALO

APELLIDOS

JOSE MIGUEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAR-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00375308-M-1024550603-20120511 0029879466A 1 37556878

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JOSE MIGUEL ALDANA AREVALO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1024550603, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'GEOMATRIX S A S' NIT 800021390, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210419	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 30 días del mes de Enero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
31368356

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL** identificado(a) con **CC** número **1.024.550.603** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de septiembre de 2012 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 30 de enero de 2026.

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/**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 10.766.686
IBARRA HERNANDEZ
APELLIDOS
JORGE ELIECER
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1980
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
28-JUL-1998 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1300100-00117202-M-0010766686-20081030
0005066660A 1
7440005997

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **10766686,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2014** 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 25 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

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
JP DISEÑOS E INGENIERIA SAS
Identificada con NT No. 900952821

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1523666626201, a partir del 01 de Julio del año 2025.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1049622088	CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON	OPERATIVO	5	6.96%	01/10/2025		INDEPENDIENTE AGREMIADO ASOCIADO	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 30 de Diciembre del año 2025.

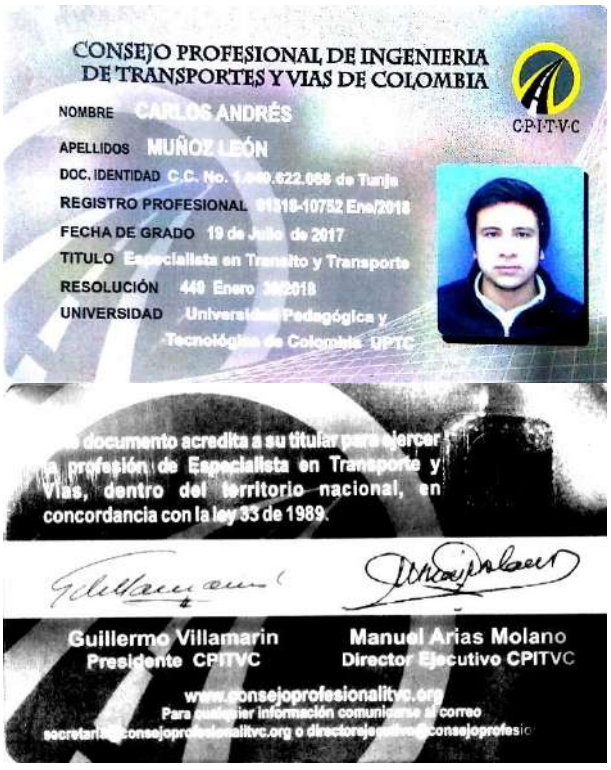
Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.049.622.088
MUÑOZ LEON
APELLIDOS
CARLOS ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1990
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
14-AGO-2008 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-0700100-00179808-M-1049622088-20090919
0015282041A 1
30047262


CONSEJO PROFESIONAL DE INGENIERIA
DE TRANSPORTES Y VIAS DE COLOMBIA
C.P.I.T.V.C
NOMBRE CARLOS ANDRÉS
APELLIDOS MUÑOZ LEÓN
DOC. IDENTIDAD C.C. No. 1.049.622.088 de Tunja
REGISTRO PROFESIONAL 91318-10752 Ene/2018
FECHA DE GRADO 19 de Julio de 2017
TITULO Especialista en Transito y Transporte
RESOLUCIÓN 448 Enero 30/2018
UNIVERSIDAD Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia UPTC
documento acredita a su titular para ejercer
profesión de Especialista en Transporte y
Vías, dentro del territorio nacional, en
concordancia con la ley 33 de 1989.
Guillermo Villamarin
Presidente CPITVC
Manuel Arias Molano
Director Ejecutivo CPITVC
www.consejoprofesionalitvc.org
Para cualquier información comunicarse al correo
secretaria@consejoprofesionalitvc.org o directorejecutivo@consejoprofesio

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Carlos Andres Muñoz Leon, identificado(a) con CC número 1049622088, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1049622088
NOMBRES Y APELLIDOS	Carlos Andres Muñoz Leon
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	31/07/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2025
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1049622088 CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON Desde 01/04/2025 - Vigente

Generado por interfaces 15/12/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS
NIT: 900343878

CONTACTOS
7400633 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON — **GÉNERO:** Masculino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC — **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1049622088 — **FECHA NACIMIENTO:** 31/07/1990 — **EDAD:** 35 año(s) 1 mes(es) 23 dia(s)

EMPRESA CONTRATANTE: INDEPENDIENTE — **TIPO EXAMEN:** Ingreso

CARGO DESEMPEÑAR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN TRANSITO Y TRANSPORTE — **JORNADA TRABAJO:** Diurno — **FECHA:** 24/09/2025

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES

			Ninguna
X 1.1. Remisión a EPS	X 1.3. Completar esquema vacunación	1.5. Suspender tabaquismo	X 1.7. Control de peso y nutrición
1.2. Continuar manejo médico	X 1.4. Inicio o continuar actividad física	1.6. Reducir consumo de alcohol	1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

			Ninguna
2.1. Calificación de origen	X 2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X 2.7. Pausas activas	X 2.9. Uso diario de bloqueador solar
2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X 2.5. Uso de elementos de protección personal	X 2.8. Uso de corrección visual	2.10. Otros
2.3. Seguimiento por ARL	X 2.6. Pautas ergonómicas		

3. RESTRICCIONES

			X No Aplica
3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts	3.4. Trabajos en temperaturas bajas	3.7. Trabajo en espacios confinados	3.10. Cargas
3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts	3.5. Trabajo en temperaturas altas	3.8. Para conducción de vehiculos	3.11. Viajes
3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos	3.6. Trabajos con riesgo eléctrico	3.9. Manipulación de alimentos	3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

X Concepto Sin Restricciones para el cargo	Sin Restricciones para trabajo eléctrico	Requiere evaluar reubicación laboral	Sin restricción para continuar su labor actual
Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)	Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
Aplazado	Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados	Satisfactorio	Presenta patologias que requieren calificación de origen EPS / ARL
Sin Restricciones para manipulación de alimentos	Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria	Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
Sin Restricciones para trabajo en alturas			

5. EXÁMENES REALIZADOS

	Examen Físico	Rx Tórax	Perfil Lipidico	TSH	Frotis Faringeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	Perfil Hepático	Serologia	KOH Uñas
X	Audiometría	Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico
	Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscopia
X	Espirometría	Electrocardiograma	Hemoclasificación	Alcohol	Psicología
X	Visiometría	Parcial de Orina	Coordinación motriz	Colinesterasa	Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

USO PROTECCION AUDITIVA, CONTROL AUDIOMETRICO ANUAL
MANEJO POR NUTRICION EPS-BAJAR DE PESO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

PROSPERO PRIETO MENDOZA
Medicina especializada, Medicina del trabajo
Registro Profesional: 7166939
Licencia Salud Ocupacional: 1277/2017

PACIENTE:

CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS ANDRES MUÑOZ LEON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1049622088,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 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

☑ → De click aquí

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PaolaB
PaolaB (16 feb.. 2026 14:58:54 EST)
402
Sello asesor

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 16/02/2026

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	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☒	A. Contributivo ☒	Si ☐	A. Cotizante ☒	A. Dependiente ☐	57-Independiente Voluntario Riesgo Laboral
B. Reporte de Novedades ☒	• Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Subsidiado ☐	No ☒	B. Cabeza de familia ☐	B. Independiente ☒	
	B. Colectiva ☐			C. Beneficiario ☐	C. Pensionado ☐	
	C. Institucional ☐			D. Afiliado adicional ☐		
	D. De oficio ☐					

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

8. Apellidos y nombres				9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
Primer Apellido: BENAVIDES	Segundo Apellido: GIL	Primer Nombre: JULIAN	Segundo Nombre: RICARDO	CC	80851640	Femenino ☐ Masculino ☒	F ○ M ○ T ○ NB ○ Otro ○ Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio		
COLOMBIANO	BOGOTA	BOGOTA D.C.-11	BOGOTA		31/12/1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad		Categoría de discapacidad
6 - Ninguno		Si ☐	No ☐	

19. Tiene encuesta SISBÉN			20. Clasificación SISBÉN			21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si ☐	No ☒		Nivel ☐	Grupo ☐		Ninguna	Positiva Compañía de Seguros S.A

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	
COLPENSIONES	$2,500,000		CARR 77 C 64 H 21	Dirección

Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Departamento
3103145548	3103145548	julianecosaf@gmail.com	BOGOTA D.C.-11

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona						
BOGOTA-11001	ENGATIVA	Cabecera Municipal	☒	Centro Poblado	☐	Rural Disperso	☐	Resto Rural ☐

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

27. Apellidos y nombres				28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio		

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

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 permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1					☐	☐							
B2					○	○							
B3					○	○							
B4					☐	☐							
B5					☐	☐							

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V003

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		ALAMOS RED CENTRO	
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)	
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

Seleccione AQUI una sola novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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 de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Julian Benavides Julian Benavides (10 feb.. 2026 15:25:54 EST) 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☑ 82. Anexo copia del documento de identidad CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☒ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad de documentos de identidad 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 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.

Total Anexos ☐

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

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

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

94. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES: NOVEDAD DE AFILIACION COMO COTIZANTE INDEPENDIENTE

CC80851640/INDEPENDIENTE/FEBRERO

PaolaB
PaolaB (16 feb.. 2026 14:58:54 EST)
402
Sello asesor

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

CUESTIONARIO 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

compensar | salud eps

Para leer la carta de deberes y derechos de click aquí

	SI	NO
¿ Previo 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 la 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 recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	☐	☐

SI: ☒ Correo electrónico: julianecosaf@gmail.com NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Julian Benavides
Julian Benavides (10 feb.. 2026 15:25:54 EST)

No. Identificación: 80851640

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.
Compensar se compromete a utilizar mis datos en el desarrollo de sus funciones, con el fin de dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Además, para atender a requerimientos legales y de organismos de control, transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, para tramitar traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley, así como las demás finalidades descritas en el numeral 7 del Manual de Tratamiento de Datos personales, el cual manifiesto conocer.
Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial o publicitaria sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar o, en caso de ser necesario la gestión de cobranzas. Entiendo que estas actividades podrán ser realizadas a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto, por medio de aplicaciones de mensajería instantánea o visitas, lo cual puedo revocar en cualquier momento.
Entiendo que Compensar cuenta con proveedores o aliados para la prestación de los servicios, a los cuales compartirá mi información en caso de ser necesario y quienes conforme con la ley, asumirán el rol de encargados del tratamiento.
En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.
Estoy de acuerdo en que Compensar trate mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos.
Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo con lo definido en el Manual de Protección de Datos Personales, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si ☒ No ☐

Firma del afiliado: Julian Benavides
Julian Benavides (10 feb.. 2026 15:25:54 EST)

No. Identificación: 80851640

Vigilado Supersalud

FOR-EPSVTA-0002 V003

Vigilado Supersubsidio

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 siga las instrucciones de este documento.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trâmite

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 60 "Tipo de novedad".

2. Tipo de afiliación

A. Individual La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades.
Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante o cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional.

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 afiliación de oficio aplica cuando la entidad territorial o la Institución Prestadora de Servicios de Salud afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud a una persona, válidamente identificada, que no se encuentra afiliada o presenta novedad de terminación o retiro de la inscripción en la Entidad Promotora de Servicios de Salud.
Procede igualmente, como mecanismo excepcional, cuando la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales -UGPP, en ejercicio de las acciones de determinación y cobro, establezca omisión en la afiliación al Sistema de la Protección Social.

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

4. Contribución Solidaria Marque con una X, el campo que corresponda, para ingresar a la Contribución Solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud según el Decreto 616 de 2022, o la norma que lo modifique o sustituya.

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

A. 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.

B. 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.

C. 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. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad"
Adicionalmente, el cotizante o cabeza de familia debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

D. Afiliado Adicional: Aplica cuando la persona no cumple con los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el Régimen Contributivo y se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación adicional. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".
Adicionalmente, el cotizante debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

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

A. Dependiente: Se diligencia cuando el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con este, el pago de los aportes a salud y pensiones.

B. Independiente: Se diligencia cuando el cotizante no tiene vínculo laboral o reglamentario con algún empleador, y es una persona cuenta propia o contratista, que asume la totalidad del pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

C. Pensionado: Se diligencia cuando el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo, a través del pagador de la pensión.

7. Código Este campo debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de cotizante que corresponda como dependiente, independiente o pensionado según la tabla de cotizantes y/o pensionados establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

A. AFILIACIÓN. Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS", correspondientes al cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique.
- Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del Capítulo V "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, O RESPONSABLES DEL PAGO", relativos al empleador si el afiliado es dependiente, a la agremiación colectiva, asociación o congregación religiosa si un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas o de la entidad responsable del pago para el pago de cotizantes independientes.
- Marcar con una X, en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES", las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el Capítulo IX "Firmas", los campos 80 y/o 81 según el caso.
- Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", los documentos de identidad que se adjuntan de las personas que se afilian, los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda y demás documentos que soporten el trámite de afiliación o reporte de la novedad.

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

- Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS" con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS tendrán la calidad de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" 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 y el cabeza de familia o cotizante se niega a su inscripción dentro del núcleo familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.4.2 del Decreto 780 de 2016.
- Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" y XII. "DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio.
- Marcar con una X en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES" las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 73, 74 y 75.
- Diligenciar el Capítulo IX "Firmas", firmando en el campo 81 "Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio".
- Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", el documento de identidad que se adjunta de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que acreditan la condición de beneficiarios, según corresponda.
- Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES" cuando la Entidad Territorial o la Institución es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique, y deben coincidir con la información contenida en el documento de identidad expedida por la entidad competente. Estos son:

8. Apellidos y nombres
Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad: - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento de identidad, según la siguiente tabla:

Cód.	Descripción del Tipo 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 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.
PA	***Pasaporte,*** es el documento que acredita la identidad de un extranjero menor 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	***Salvo Conducto de Permanencia (SC-2),*** es el documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, al extranjero que deba permanecer en el país mientras se resuelve su situación de refugiado o asilado y la de su familia.
PT	***Permiso por Protección Temporal,*** es el documento de identificación para los migrantes venezolanos que cumplan con los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Resolución 971 de 2021 expedida por Migración Colombia, o en la norma que la modifique o sustituya.

En los casos que no exista identificación de la población por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil o Migración Colombia o el documento de identidad no corresponda con la edad, se dará aplicación a lo dispuesto en la Resolución 406 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

10. Número del documento de Identidad Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

11. Sexo Biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

12. Sexo Identificación Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

13. Nacionalidad Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

14. Lugar de nacimiento Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

15. Fecha de nacimiento Registre la fecha de nacimiento contenida 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.

16. 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:

Cód.	Etnia	Cód.	Etnia
01	Indígena	04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
02	Rrom (gitano)	05	Población Negra, Afrodescendientes
03	Raizal (San Andrés y Providencia)		

17. Comunidad Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 - Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual indicará el nombre de la comunidad indígena registrada en el Ministerio del Interior o DANE. La EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

18. Discapacidad Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Categorías de discapacidad: En caso de conocer la categoría de discapacidad reporte el código que corresponda de acuerdo con la tabla que se relaciona a continuación, en el campo denominado Categoría de Discapacidad:

Cód.	Categoría de Discapacidad	Cód.	Categoría de Discapacidad
1	Discapacidad física	5	Discapacidad intelectual
2	Discapacidad auditiva	6	Discapacidad psicosocial (mental)
3	Discapacidad visual	7	Discapacidad múltiple
4	Sordoceguera		

La determinación de la categoría de discapacidad atenderá al resultado del procedimiento dispuesto en la Resolución 1197 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya. De no haber surtido ese procedimiento o no tener certeza sobre la categoría no diligencie este campo.

19. Tiene encuesta SISBÉN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

20. Clasificación SISBÉN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

21. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el usuario pertenece a un grupo de población, reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

22. Administradora de Riesgos Laborales – ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo cuando aplique. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

23. 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.

24. Ingreso base de cotización - IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o el valor correspondiente al 40% de los ingresos mensuales para el caso de los independientes, sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

25. Tarifa Contribución Solidaria: En este campo debe reportar la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar, cuyo pago estará a cargo del cabeza de familia, y debe ser diligenciado cuando haya reportado en "5" el campo "4. Contribución solidaria".

26. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.
- Dirección. Este campo es obligatorio - Teléfono Fijo. Este campo es opcional - Teléfono Celular. Este campo es opcional - Correo electrónico. Este campo es opcional - Departamento. Este campo es obligatorio - Ciudad/Municipio o distrito. Este campo es obligatorio - Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito. Este campo es opcional - Zona: Cabecera municipal, centro poblado, rural dispersa o resto rural donde se ubica su residencia, este campo es obligatorio
En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.
Las zonas se definen, de conformidad con el manual de conceptos básicos de Julio de 2019, expedido por el DANE, en los siguientes link: https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/CNPV-2018-manual-conceptos.pdf y https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

Cabecera Municipal (CM): es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio.

Área rural o resto municipal: se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.

Centro poblado (CP): es un concepto creado por el DANE para fines estadísticos, útil para la identificación de núcleos de población. Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adosadas entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Departamental. Dicha concentración presenta características urbanas tales como la delimitación de vías vehiculares y peatonales. En las tablas referidas a la codificación de la Divipola, se identifican en la columna "Categoría" con la expresión o etiqueta "CP", indicando que, si bien se trata de un centro poblado, no se cuenta con la precisión de la autoridad municipal, que permita afirmar si se trata de un caserío, de una inspección de policía, o de un corregimiento municipal.

Rural disperso: Delimitación geográfica definida por el DANE para fines estadísticos, comprendida entre el perímetro censal de las cabeceras municipales y de los centros poblados, y el límite municipal. Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y de explotaciones agropecuarias existentes en ella. Corresponde al territorio que no forma parte ni de la cabecera municipal (clase 1) ni de los centros poblados (clase 2). Se caracteriza por objetos y elementos relacionados con la agricultura, predios de descanso o recreo, usos mineros o extractivos. El número de unidades residenciales por área es menor a las zonas urbanas.

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

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante
Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGSSS.
Si este no cotiza debe registrarse como Beneficiario en la fila de primer beneficiario (B1) del Capítulo IV "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar".
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.

27. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.
- Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

28. 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 8 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" de este instructivo.

29. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

30. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

31. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

32. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio:
https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

33. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

34. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida 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.

35. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.
- Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

36. 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 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

37. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia – SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

38. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio:
https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=Pais

39. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

40. Sexo identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

41. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

42. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

43. Parentesco: En este espacio debe reportar el parentesco que corresponda con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción Parantesco
Cotizante/Cabeza de familia	Cónyuge	Existencia de vínculo matrimonial.
Beneficiario	Compañero (a) permanente	Con unión marital de hecho.
Beneficiario	Hijos menores de 25 años	Que dependan económicamente.
Beneficiario	Hijos con incapacidad permanente mayores de 25 años.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
Beneficiario	Hijos de cónyuge o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente.
Beneficiario	Nieto (a) hijos de los beneficiarios	Padre o madre es beneficiario del cotizante.
Beneficiario	Sobrino (a), Tío (a), Bisnieto (a), Hermano (a)	Hijos menores de 25 años y 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, pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
Beneficiario	Padres del cotizante	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no tiene inscrito como beneficiarios al cónyuge o compañero(a) permanente o a los hijos.
Beneficiario	Menores de 18 años en custodia	La inclusión como beneficiario está determinado por autoridad competente.
Afiliado adicional consanguíneo	Padre, abuelo (a), bisabuelo (a), hijo (a), nieto (a), biznieto (a), tío (a), primo (a), hermano (a), sobrino (a), hijo del sobrino (a), hermano	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta cuarto grado de consanguinidad respecto de este y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.
Afiliado adicional afinidad	Suegro (a), nuera, yerno, cuñado (a), abuelo (a) del cónyuge, hijo (a), nieto (a)	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra hasta el segundo grado de afinidad, respecto de este, es decir con la familia del cónyuge o compañero permanente y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.

44. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 16 del CAPÍTULO II. "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

45. Comunidad: Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 – Etnia" se reporte el código "01 – Indígena", caso en el cual, la EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

46. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el beneficiario o afiliado adicional pertenece a un grupo de población especial reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

47. Tiene encuesta SISBÉN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBÉN.

48. Clasificación SISBÉN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportada que tiene la encuesta del SISBÉN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisbén vigente.

49. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Categorías de discapacidad: En caso de tener alguna discapacidad, reporte el código que corresponda de acuerdo con la tabla del numeral 18 del CAPÍTULO III. "DATOS COMPLEMENTARIOS", de este instructivo.

50. Incapacidad permanente: Marque con una "X" si el beneficiario como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional o común presenta una disminución definitiva en su capacidad laboral.

51. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.
- Departamento - Municipio/Distrito - Zona: urbana, rural - Teléfono (fijo y/o celular) - Dirección
En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):
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, según los valores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada vigencia.

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

53. 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 o Cabeza de Familia
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, solo 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.

54. Código de la IPS: La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.
Para la captura digital del formulario, las EPS deben disponer el listado de IPS para que sea seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:
- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades responsables del pago de los tipos de cotizantes relacionados en la novedad 6 del campo 60 "Tipo de Novedad".

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

56. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como aportante o 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.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático), o PT (Permiso por Protección Temporal) cuando se trate de personas naturales.

57. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identidad del aportante o pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

58. 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 o pagadores de pensiones establecidos para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

59. Ubicación: - Dirección - Teléfono (fijo o celular) - Correo electrónico - Departamento - Municipio/Distrito
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 de adquisición de condiciones para cotizar o el fallecimiento del cotizante o cabeza de familiar, establecidas en el campo 60 "Tipo de novedad".
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.

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

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

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 60 "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 27 a 54 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 la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos 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, el cabeza de familia, beneficiario o el afiliado adicional debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 60 "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 27 a 54 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 la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identificación 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 establecidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores o Migración Colombia. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 3, del numeral 60 "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, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
- Registrar los datos del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en el Capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 27 a 54 del Capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, la información de los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 82 del Capítulo X 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 60 "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 27 al 54 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 IX de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS Esta novedad se reporta cuando el afiliado cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Cód.	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 especial o de excepción, incluido el 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 60 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla el 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 66 del Capítulo VI.
- Diligenciar el Capítulo IX 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.

Novedad 6: Reporte de pago a través de un tercero Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente reporta que el pago de sus aportes al SGSSS lo hace un tercero. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Diligenciar el Capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad que realiza los aportes al SGSSS, cuando el tipo de cotizante corresponda a alguno de los siguientes:

Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante	Código tipo de cotizante	Nombre tipo de cotizante
34	Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	53	Afiliado partícipe
35	Concejal municipal o distrital	60	Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.
36	Edil de Junta Administradora Local beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	63	Beneficiario de Prestación humanitaria
43	Cotizante a pensiones con pago por tercero		

- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, numerales 80 y 81.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar.

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 60 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 53 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 este.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X 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 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Registrar en los numerales 27 al 54 del Capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X 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 inician una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 14, "Movilidad" del campo 60 "Tipo de Novedad".
También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inician una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 14. "Movilidad" del campo 60 "Tipo de Novedad". Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 15. "Traslado" del campo 60 "Tipo de Novedad" 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 o de afiliados adicionales" del campo 60 "Tipo de Novedad", 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 60 "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 27 al 54 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 66 del Capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X 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 esté 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 los numerales 61 a 64 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 60 "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 66 del Capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país Esta novedad aplica cuando el cotizante o cabeza de familia retorna al país.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 60 "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 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual reporta esta novedad a la EPS
- Marcar con una X, en el Capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas del numeral 80.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X 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 esté 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 los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúan la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 60 "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 IX de Firmas, numerales 80 y 81.
- Marcar con una X la casilla de la novedad 90 del Capítulo X y anexarla.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar.

Novedad 13: 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 13, del numeral 60 "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 IX de Firmas, numerales 80 y 81.

Novedad 14: 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 14, del numeral 60 "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 27 al 54 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 66 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 66 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 69 del Capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X 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 esté 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 los numerales 61 a 64 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 del numeral 60 "Tipo de novedad".
La entidad territorial deberá diligenciar los datos del Capítulo XI cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 15: 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 15, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado es 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 27 al 54 del Capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 53 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 aportante, de las entidades responsables de la afiliación colectiva o responsables del pago", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 65 del Capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS de la cual se traslada.
- Registrar en el numeral 67, el código correspondiente al motivo por el cual quiere trasladarse de EPS, según la tabla siguiente:

Cód.	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, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
4	Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente.
5	Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio y en los eventos previstos en el artículo 2.1.7.13 del Decreto 780 de 2016.
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.
7	Cuando el afiliado fue objeto del proceso de asignación de usuarios.

- Marcar con una X la casilla 69 del Capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas los numerales 80 y 81, según corresponda.
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 89 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 esté 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 16: Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de afiliado Aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia 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 16, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II, cuando el beneficiario o el afiliado adicional reporta la novedad
- Registrar los numerales 61 a 64 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del afiliado fallecido (cotizante, o cabeza de familia).
- Diligenciar el numeral 66 del Capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas.

Novedad 17: 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 17, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 68 del Capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, el numeral 80.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pre-pensionado Esta novedad se reporta cuando el cotizante a que alude el artículo 2.1.8.4 del Decreto 780 de 2016, ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, y continúa cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 24 del Capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como pre-pensionado.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas, el numeral 80.

Novedad 19: 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 19, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el Capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 23, 24 y 26 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 27 al 34 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 35 a 54 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 IX de Firmas.

Novedad 20: Ingreso a Contribución Solidaria Esta novedad se reporta cuando ha marcado en "SI" el numeral 4 "Contribución Solidaria".
Para esta novedad el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 20, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del Capítulo III.
- Diligenciar el numeral 25 "Tarifa Contribución Solidaria" del Capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual reúne las condiciones para pagar la Contribución Solidaria
- Marcar con una X las casillas 77 y 78 del Capítulo VII.
- Diligenciar la información del Capítulo VIII cuando corresponda.
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en el numeral 80
- Marcar con una X en las casillas del Capítulo X los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios: 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 esté incluyendo.

Novedad 21: Retiro de Contribución Solidaria Esta novedad se reporta cuando ha marcado en "SI" el numeral 4 "Contribución Solidaria"
Para esta novedad el cabeza de familia debe:
- Marcar con una X la casilla de la novedad 21, del numeral 60 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del Capítulo II.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 27 al 54 del Capítulo IV del cónyuge o compañero (a) permanente del cabeza de familia o de los beneficiarios que retira de la contribución solidaria en caso de que aplique
- Registrar en el numeral 66 del Capítulo VI, fecha en la cual se retira de la Contribución Solidaria
- Diligenciar el Capítulo IX de Firmas en el numeral 80.

CAPÍTULO VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

Corresponde a los datos de la persona según el reporte de la novedad y solo aplica 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.
Novedad 15: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.
Novedad 17. Los datos de identificación del cotizante que se acoge al beneficio de protección al cesante
Novedad 19. Los datos de identificación del Pensionado.

61. Datos básicos de identificación. *Apellidos y nombres:*
Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

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 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique)" de este instructivo.

Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.
Si se trata del registro civil, escriba el NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento.
Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia - SC, se debe tener en cuenta el número "Historial Extranjero" el cual corresponde a los consecutivos numéricos de identificación internos otorgados por Migración Colombia.

62. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

63. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario"u otro, según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

64. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

65. EPS anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 15 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.

66. Fecha de novedad: Registre en el numeral 66 del Capítulo VI, la fecha dd-mm-aaa únicamente para las siguientes novedades:
Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar.
Novedad 10: Terminación de la relación laboral.
Novedad 11: Inscripción EPS retorno al país.
Novedad 12: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
Novedad 13: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
Novedad 16: Reporte

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80851640**

BENAVIDES GIL
APELLIDOS

JULIAN RICARDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1984**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

14-ENE-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500102-42114182-M-0080851640-20030624 **01622** 03175P 01 145587492

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 80.851.640



Apellidos
BENAVIDES GIL

Nombres
JULIAN RICARDO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.68	M

Fecha de nacimiento
31 DIC 1984

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
14 ENE 2003, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
25 ENE 2034

Firma

Powered by CamScanner

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

SEDE:CENDIATRA 115 | **DIRECCIÓN:**Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:7443001 | **EMAIL:**daniela.preciado@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2025-09-13

Nombres y apellidos:JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL
Fecha de nacimiento:31/12/1984
Empresa:INDEPENDIENTE
Empresa usuaria:
Cargo:INGENIERO FORESTAL
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:80851640
Edad:40 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2025-09-13 / 10:26:12
Fecha salida:2025-09-13 / 10:39:13
Actividad Económica:
EPS:COMPENSAR E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

CONCEPTO DE APTITUD: SATISFACTORIO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

VIVIANA ESTHERCHI GUERRERO ORCASITAS
CC: 1118886544
RM: 1118886544
LIC-SST: 24849
Firma y sello del médico

JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL
CC: 80851640
Firma del paciente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80851640,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2017** 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 25 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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.031.145.002** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de diciembre de 2025.

Cordialmente,



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

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

2023100417235

Medellín, 11 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO VIAS CB 2024, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1031145002	BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID	27/01/2025		163qi231	DEPENDIENTE	MORA

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:C10658249332507042121

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/12/2025 11:42:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.113.79, 198.143.41.25, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.031.145.002
BERMUDEZ MONCADA

APELLIDOS
HERNAN DAVID

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1993
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

16-MAR-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00290905-M-1031145002-20110409 0026632310A 1 36450934

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

790870468

Fecha de Radicación: 26 03 2025 (DD MM AAAA)

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
BERMUDEZ	MONCADA	HERNAN	DAVID
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA DE CIUDADANIA	1031145002	Femenino [ ] Masculino X	07 03 1993 (DD MM AAAA)

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PROTECCION	$ 4.300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CL 49 A SUR # 38 - 46		3192998333	HDBERMUDEZM.93@GMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	FATIMA	BOGOTA D.C.

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA
B2	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA
B3	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA
B4	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA
B5	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD MM AAAA

Datos complementarios

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

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

Selección de la I.P.S. Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
CONSORCIO VIAS CB 2024	NIT [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	901846534	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
KR 15 93 A 84	6014770190	RHPROCOM@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo		Fecha de Radicación	42. Fecha
		Femenino	Masculino		08 03 2025

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

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
- [X] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Hernan David Bermudez	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio / Código del Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel		
001 / 11				26 03 2025	DD MM AAAA

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA C.C. No. 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 26-03-2025	

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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado HERNAN DAVID BERMUDEZ MONCADA

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X NO
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?	X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	X NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X NO

Hernan David Bermudez

Firma del Afiliado HERNAN DAVID BERMUDEZ MONCADA
Documento de Identidad 1031145002

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el 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 dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

HERNAN DAVID BERMUDEZ MONCADA, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequivoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañia y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Hernan David Bermudez

Nombre: HERNAN DAVID BERMUDEZ MONCADA

Identificación: 1031145002

Fecha: 26-03-2025

IPS ANMEDIPREV LTDA.

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.215

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO VIAS CB 2024

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID	MASCULINO	31 AÑOS 10 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	1031145002 (Número)

Cargo
RESIDENTE AMBIENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

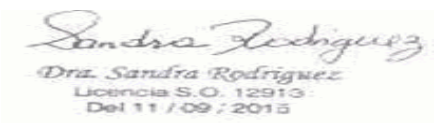
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 **L.S.O.:** SO 12913

Código de Seguridad
B622H1N35215

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID

CC: 1031145002

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:

ERICSON HERNAN GUTIERREZ SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.229.640**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 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.

Medellín, 07 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAS CB 2024.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80229640	GUTIERREZ SANCHEZ ERICSON HERNAN	08/02/2025		1183v171	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 07/12/2025 09:08:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.50.252.161, 198.143.41.41, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 2 de Febrero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 2/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 80229640
Nombres y Apellidos	ERICSON HERNAN GUTIERREZ SANCHEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901846534
Razón Social Empleador	CONSORCIO VIAS CB 2024
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	27/1/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	2/4/2025
Cargo	RESIDENTE SST GRUPO 1Y 2
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 4300000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO VIAS CB 2024, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

VIGILADO SuperSubsidio


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.229.640
GUTIERREZ SANCHEZ
ERICSON HERNAN
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1980
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
18-JUN-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00457358-M-0080229640-20130819
0034424085A 2
1362479634

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación: 4014461676

Fecha de Radicación: 26 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GUITIERREZ	SANCHEZ	ERICSON	HERNAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80229640	Femenino [ ] Masculino [ ]	08 04 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 4.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Celular	Correo electrónico
CARRERA 76# 63 F- 26		3118018772	ERICSON.GS22@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	ELE	BOGOTA D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

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

	24. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO VIAS CB 2024	NIT	901846534	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
KR 15 93 A 84	6014770190	RHPROCOM@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CENTAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL: 430 2110

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 26 03 2025

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		08 03 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [ ] CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAJA DE HERRAMIENTAS FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

IPS ANMEDIPREV LTDA.

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.213

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN DE INGRESO**

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

PROCOM INGENIERIA SAS	**CONSORCIO VIAS CB 2024**
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)

GUTIERREZ SANCHEZ ERICSON HERNAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	44 AÑOS 9 MESES 18 DÍAS	CC	80229640
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
RESIDENTE SST

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS PERMANENTES	USO DE EPP	
	SVE VISUAL	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Sandra Rodriguez
Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O. 12913
Del 11/09/2015

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 **L.S.O.:** SO 12913

Código de Seguridad
I622O1U35213

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUTIERREZ SANCHEZ ERICSON HERNAN

CC: 80229640

Medellín, 19 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO VIAS CB 2024.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C52328935	TRIANA CARRERO MARTHA LILIANA	10/02/2025		37612642	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 19/12/2025 07:59:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.50.252.161, 198.143.41.25, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 2 de Febrero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 2/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 52328935
Nombres y Apellidos	MARTHA LILIANA TRIANA CARRERO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901846534
Razón Social Empleador	CONSORCIO VIAS CB 2024
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	2/2/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	2/4/2025
Cargo	RESIDENTE SOCIAL GRUPO 1 Y 2
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 4300000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO VIAS CB 2024, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

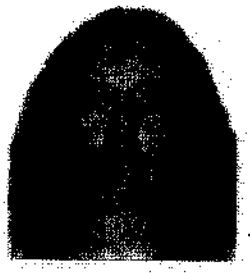
VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.328.935**
TRIANA CARRERO

APELLIDOS
MARTHA LILIANA

FIRMA





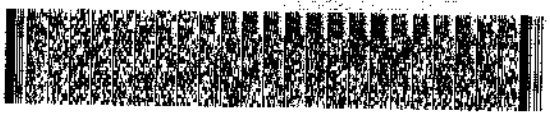
FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1974**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-NOV-1992 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00352224-F-0052328935-20111223 0025778007A 2 1161647255

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

790876444

Fecha de Radicación: 10 04 2025

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
TRIANA	CARRERO	MARTHA	LILIANA
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA DE CIUDADANIA	52328935	Femenino X Masculino	23 10 1974

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	COLPENSIONES	$ 4.300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CALLE 76 A N° 86-16		3132053630	LILITRIANA74@YAHOO.ES

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	LOS PINOS	BOGOTA D.C.

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la I.P.S. Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
CONSORCIO VIAS CB 2024	NIT [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	901846534	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
KR 15 93 A 84	6014770190	RHPROCOM@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo		Fecha de Radicación	42. Fecha
		Femenino	Masculino		12 03 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Martha Liliana Triana	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio / Código del Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel		
001 / 11				10 04 2025	DD MM AAAA

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA C.C. No. 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 10-04-2025	

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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado MARTHA LILIANA TRIANA CARRERO

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	NO
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?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	X	NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X	NO

Martha Liliana Triana

Firma del Afiliado MARTHA LILIANA TRIANA CARRERO
Documento de Identidad 52328935

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el 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 dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

MARTHA LILIANA TRIANA CARRERO, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequivoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañia y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Martha Liliana Triana

Nombre: MARTHA LILIANA TRIANA CARRERO

Identificación: 52328935

Fecha: 10-04-2025

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARTHA LILIANA TRIANA CARRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52328935,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2021** 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 25 de enero de 2026.



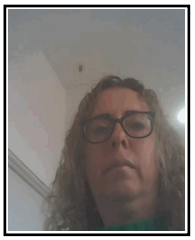
Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

ANMEDIPREV LTDA

NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.586

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	04 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROCOM INGENIERIA SAS	CONSORCIO VIAS CB 2024

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TRIANA CARRERO MARTHA LILIANA	FEMENINO	50 AÑOS 4 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	52328935 (Número)

Cargo
RESIDENTE SOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CRONICOS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS PERMANENTES	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	SVE CARDIOVASCULAR	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : REALIZAR	
	EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO DE ESPALDA SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Sandra Rodriguez
Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O. 12913
Del 11 / 09 / 2015

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 **L.S.O.:** SO 12913

Código de Seguridad
A622G1M35586

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: TRIANA CARRERO MARTHA LILIANA

CC: 52328935

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VEGA BRAVO JORGE ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.120.750.763** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 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:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024092314091

Medellín, 23 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO CONKENNEDY VIAL.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1120750763	VEGA BRAVO JORGE ANDRES	24/08/2024		62141346	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 23/12/2025 14:06:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.207.212, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

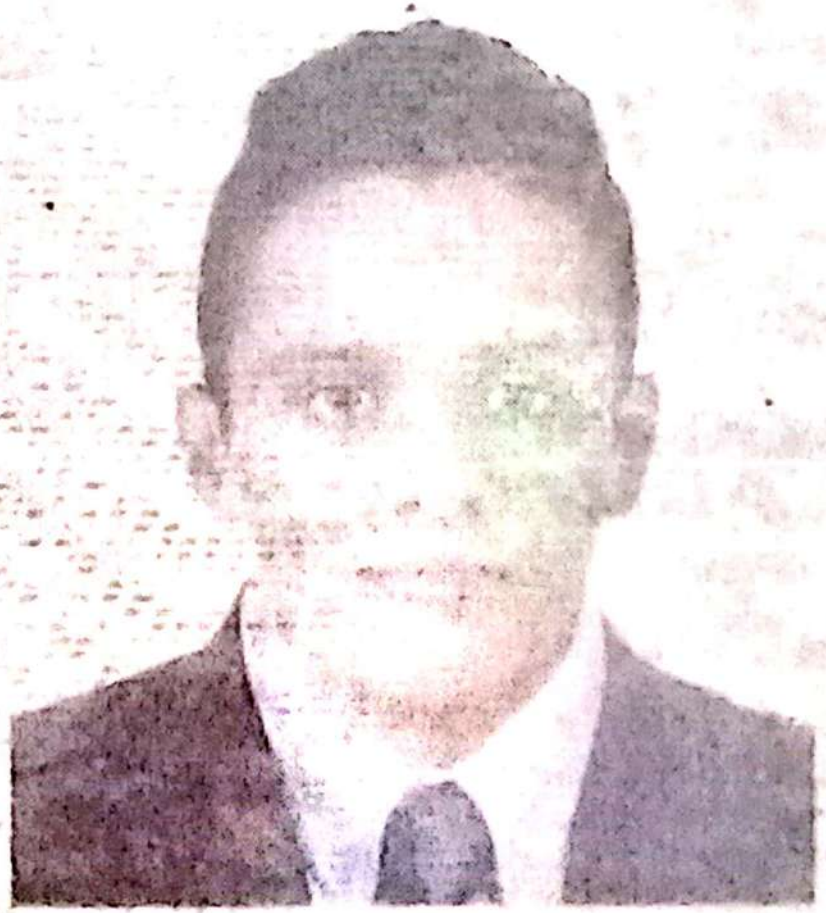
NUMERO **1.120.750.763**

VEGA BRAVO

APELLIDOS

JORGE ANDRES

NOMBRES



Jorge Andres Vega

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-1996**

SAN DIEGO
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-ENE-2014 FONSECA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4800700-00559298-M-1120750763-20140401 **0037783387A 1** 41056293

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

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE DIEGO CABRERA FALLA
CLAVE ASESOR C1310
FECHA

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C1310

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
VEGA	BRAVO	JORGE	ANDRES

7. TIPO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO		
CC	1120750763	F	X	

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	F	X	T	NB	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
		X				02	01	1996	COLOMBIA	COLOMBIANA

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO MÓVIL
BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	URBANA	3152723078

TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
		JORGEANDRZ96@GMAIL.COM	7139	7139

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CONKENNEDY VIAL	NIT	901855498	1	DEPENDIENTE

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARRERA 15 93 A 84 OF 307			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO	EXT	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
RHPROCOM@HOTMAIL.COM	6014770190				20	08	2024	RESIDENTE DE OBRA	EMPLEADO	$ 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
Jorge Vega	Carlos Bohorquez

REINGRESOS

VIGILADO Supersalud

IPS ANMEDIPREV LTDA.

Nit. 900574946-1
Tel. 5705811- 3115530524
Carrera 44 A No 22- 50
ipsanmediprevgerencia@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 31.899

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	12 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN DE INGRESO**

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

PROCOM INGENIERIA SAS	**CONSORCIO KENNEDY VIAL**
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)

VEGA BRAVO JORGE ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 7 MESES 10 DÍAS	CC	1120750763
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ING RESIDENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *EL PACIENTE ESTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS PERM,ANENTES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Sandra Rodriguez
Dra. Sandra Rodriguez
Licencia S.O. 12913
Del 11/09/2015

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SANDRA

R. M.: 53299892 **L.S.O.:** SO 12913

Código de Seguridad
U622A1G31899

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VEGA BRAVO JORGE ANDRES

CC: 1120750763

Medellín, 06 de febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 PROCOM INGENIERIA SAS que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 1		Porcentaje Cotización:	0,522 %
C1023878165	HUERFANO OCAMPO HOLLMAN FARID	10/03/2020		LFU41190	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

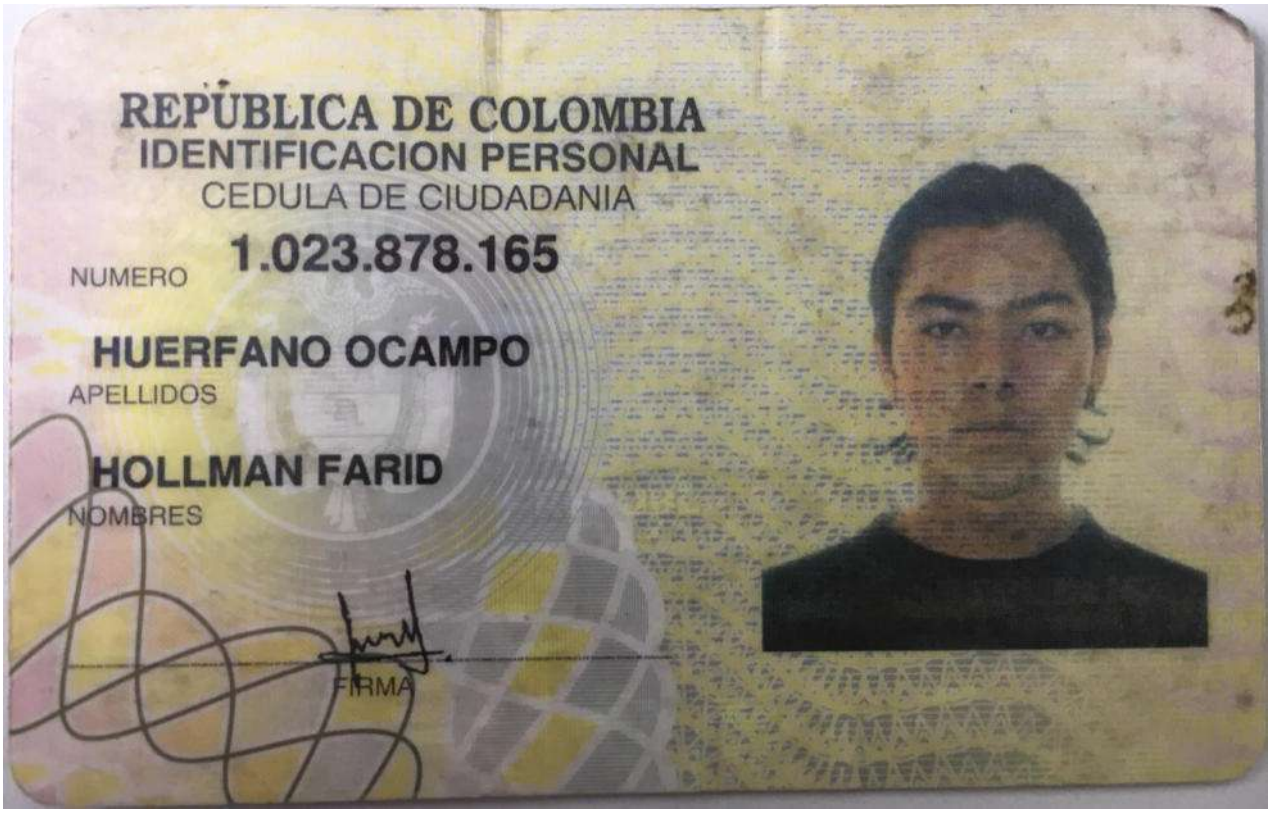
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 06/02/2026 23:35:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.113.165.160, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.023.878.165
HUERFANO OCAMPO
APELLIDOS
HOLLMAN FARID
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-OCT-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
P-1500104-43155713-M-1023878165-20061221 01443 06355B 02 227166472

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **HOLLMAN FARID HUERFANO OCAMPO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **1023878165**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1023878165
NOMBRES Y APELLIDOS	HOLLMAN FARID HUERFANO OCAMPO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	17/01/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	296
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51
EMPLEADOR(ES)	NI 901359599 PROCOMINGENIERIA SAS DESDE 09/03/2020

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **09/12/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

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:

HOLLMAN FARID HUERFANO OCAMPO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.878.165**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 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.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN GUSTAVO GONZALEZ SILVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.568.860**, 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.

Medellín, 08 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO KAPATIVA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1026568860	GONZALEZ SILVA CRISTIAN GUSTAVO	09/04/2025		VG223723	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10679016582509829500

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 08/01/2026 08:11:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.27.2.133, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 9 de Febrero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 7/4/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1026568860
Nombres y Apellidos	CRISTIAN GUSTAVO GONZALEZ SILVA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901851633
Razón Social Empleador	CONSORCIO SAN PROTO
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	7/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	7/4/2025
Cargo	TOPOFRAFO
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 2847000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO SAN PROTO, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

VIGILADO SuperSubsidio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.568.860

GONZALEZ SILVA

APELLIDOS

CRISTIAN GUSTAVO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1991

SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

06-OCT-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00440618-M-1026568860-20130615 0033454085A 2 1282285109

IPS ANMEDIPREV LTDA.

ANMEDIPREV LTDA
NIT: 900574946
Dir: Cra 30 n 22 c - 32 local 14 y 15
Cel: 311 553 0524 - **Tel:** 601 7552549
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.917

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	05 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN DE INGRESO**

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

PROCOM INGENIERIA SAS	**PROCOM INGENIERIA SAS**
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)

GONZALEZ SILVA CRISTIAN GUSTAVO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 8 MESES 26 DÍAS	CC	1026568860
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TOPOGRAFO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON ANTECEDENTE Y/O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE

Observaciones: *CON RECOMENDACIONES PARA SU LABOR.*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRIA	✓	ESPIROMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	
VALORACIÓN POR EPS : MEDICO, OPTOMETRIA	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REQUIERE DEL USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE PARA EL DESEMPEÑO DE SU LABOR. CONTINUAR CONTROL OPTOMETRICO ANUAL.
NO SE RECOMENDNAN TRABAJOS DE SUSPENSION CON MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES.
CONTROL MEDICO EN EPS SEGUN NECESIDAD.
ERGONOMIA EN PUESTO DE TRABAJO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR A DESEMPEÑAR, CONTROL POR MEDICINA OCUPACIONAL.
INGRESO A PVE RIESGO OSTEOMUSCULAR.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

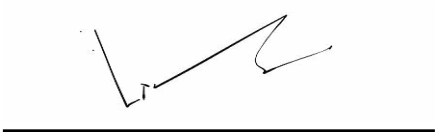
Nombre: VARGAS CRUZ DORA MILENA

R. M.: 52969049 **L.S.O.:** 81-1164 DEL 1/12/2

Código de Seguridad

Q622W1C36917

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GONZALEZ SILVA CRISTIAN GUSTAVO

CC: 1026568860

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

790874860

Fecha de Radicación: 07 04 2025

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
GONZALEZ	SILVA	CRISTIAN	GUSTAVO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CEDULA DE CIUDADANIA	1026568860	Femenino Masculino X	21 08 1991

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 2.847.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CALLE54 7 43 APTO 501		3204946493	CGS.TOPOGRAFIA.1@GMAIL.COM

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.	Urbana [X] Rural [ ]	TEUSAQUILLO	BOGOTA D.C.

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la I.P.S. Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
CONSORCIO SAN PROTO	NIT	901851633	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CARRERA 15 93 A 84 OF 307	6014770190	RHPROCOM@HOTMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ]	[ ]		07 04 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Cristian Gustavo Gonzalez	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
001	11				07 04 2025	DD MM AAAA

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA C.C. No. 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 07-04-2025	

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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado CRISTIAN GUSTAVO GONZALEZ SILVA

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	NO
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?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	X	NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X	NO

Cristian Gustavo Gonzalez
Firma del Afiliado CRISTIAN GUSTAVO GONZALEZ SILVA
Documento de Identidad 1026568860

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el 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 dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

CRISTIAN GUSTAVO GONZALEZ SILVA, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequivoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañia y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Cristian Gustavo Gonzalez

Nombre: CRISTIAN GUSTAVO GONZALEZ SILVA

Identificación: 1026568860

Fecha: 07-04-2025

Medellín, 19 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 CONSORCIO COCO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA 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
C1033780860	GAMEZ TABIMBA WENDY JULIETH	15/01/2026		[1]2557U14	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:C10658256682601930300

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 19/01/2026 08:24:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.780.860**

GAMEZ TABIMBA

APELLIDOS

WENDY JULIET

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,63 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

10-OCT-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00560284-F-1033780860-20140407 00378 27636A 1 7872822476

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:

WENDY JULIET GAMEZ TABIMBA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.780.860**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 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.

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar B
29/01/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 29 1 2026

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	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	D. De oficio [ ]					

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GAMEZ	Segundo Apellido: TABIMBA	Primer Nombre: WENDY	Segundo Nombre: JULIETH

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	1033780860	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	COLOMBIANO	País: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: BOGOTA	21 8 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
PORVENIR	2,150,000		CALLE 52 SUR # 7-09 (Dirección)

Teléfono Fijo	Número celular	Correo Electrónico	Departamento de Residencia
	313431608	ing.wendygamez@gmail.com	CUNDINAMARCA

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona					
BOGOTá D.C.		Cabecera Municipal [X]	Centro Poblado [ ]	Rural Disperso [ ]	Resto Rural [ ]		

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?		País	Departamento	Municipio	

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

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 permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V003

	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: **CONSORCIO COCO**			
56. Tipo de documento de identificación: **NI**	57. Número del documento de identificación: **902010258**	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación: **CARREA 15 #93A-84** Dirección			**3244111638** Teléfono fijo o Celular
Teléfono fijo o Celular	**rhprocom@hotmail.com** Correo electrónico	**BOGOTá D.C.** Departamento	**CUNDINAMARCA** Municipio/Distrito

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación: **GAMEZ** Primer Apellido	**TABIMBA** Segundo Apellido	**WENDY** Primer Nombre	**JULIETH** Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad: **CC**	10. Número de documento de identidad: **1033780860**	62. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]	63. Sexo identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): **21 8 1995**	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): **13 1 2026**	67. Motivo de traslado Cod. [ ]	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

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.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 de 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 [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad 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 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.

Total Anexos [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio [ ]	Código del departamento [ ]	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad [ ]	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

1033780860

Compensar B

29/01/2026

COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

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

CUESTIONARIO 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

compensar | salud eps

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

SI: [X] Correo electrónico: **ing.wendygamez@gmail.com** NO: [ ] Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: CC 1033780860

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.
Compensar se compromete a utilizar mis datos en el desarrollo de sus funciones, con el fin de dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Además, para atender a requerimientos legales y de organismos de control, transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, para tramitar traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley, así como las demás finalidades descritas en el numeral 7 del Manual de Tratamiento de Datos personales, el cual manifiesto conocer.
Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial o publicitaria sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar o, en caso de ser necesario la gestión de cobranzas. Entiendo que estas actividades podrán ser realizadas a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto, por medio de aplicaciones de mensajería instantánea o visitas, lo cual puedo revocar en cualquier momento.
Entiendo que Compensar cuenta con proveedores o aliados para la prestación de los servicios, a los cuales compartirá mi información en caso de ser necesario y quienes conforme con la ley, asumirán el rol de encargados del tratamiento.
En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.
Estoy de acuerdo en que Compensar trate mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber
Mis derechos como titular de la información s
ejercer de acuerdo con lo definido en el Ma
solicitud o reclamo a través de la página we
cuchamos o por escrito en la dirección Aven

Si [X] No [ ]

compensar B
29/01/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** CC 1033780860

Vigilado Supersalud

V003 FOR-EPSVTA-0002

Vigilado Supersubsidio

MEDYSCOL

26391-SWVER-

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE APTITUD

IDENTIFICACIÓN	FECHA
CC 1033780860	14/01/2026

Femenino, Soltero, Postgrado, EPS: COMPENSAR, ARL: SURA, Pensión: PORVENIR, Fnacimiento: 21/08/1995, Tel: 3134310608, Dir: CALLE 52 SUR 7-09, Email: pendiente, Temp: 36,7°C, IMC: 27,85, hora: 12:04:59 p.m.

NOMBRE	WENDY JULIET GAMEZ TABIMBA		
EMPRESA	PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCI	NIT	900574946
CARGO	RESIDENTE AMBIENTAL	ÁREA	Operativa
TIPO DE EXAMEN	Ingreso	EDAD	30 años
CIUDAD	BOGOTA		



CONCEPTO: SATISFACTORIO CON PATOLOGIA, que no interfieren con su capacidad laboral.

A nivel OSTEOMUSCULAR se considera Sano, sin limitaciones para ejecutar su cargo actual. RESTRICCIONES (meses): Sin restricciones ni limitaciones para la ejecución del cargo actual.

EXÁMENES REALIZADOS

■ Examen Médico	☐ Cuadro Hemático	☐ Colesterol total	☐ Coprológico	☐ Transaminasas	OTROS: /
■ Audiometría	☐ Glicemia	☐ Trigliceridos	☐ KOH uñas	☐ Parcial Orina	
☐ Psicosensométricas	☐ Visiometría	☐ Perfil lipídico	☐ Creatinina	☐ Frotis Garganta	☐ BUN	
☐ Prueba psico.	■ Optometría	■ Espirometría	☐ Hemoclasificación	☐ Gravindex	

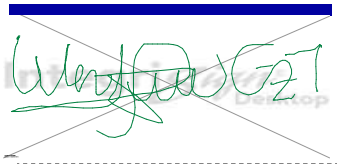
RECOM. GENERALES: ■ Dieta balanceada ☐ Pausas activas ■ Hábitos saludables ☐ Higiene postural ■ Actividad física regular ☐ EPP

CIIU PRINCIPAL: - ,

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: . ASISTIR A MÉDICO EPS PARA VALORACIÓN CONCEPTO Y MANEJO POR NUTRICIÓN, REDUCIR EL CONSUMO DE ALIMENTEIOS RICOS EN GRASAS Y AZÚCARES HACER EJERCICIO MODERADO 3 VECES POR SEMANA. DUIRANTE LA JORNADA LABORAL: HACER ESTIRAMIENTOS DE SEGMENTOS CORPORALES FRECUENTE Y PERMANENTEMENTE Y APLICAR LAS RECOMENEDACIONES ERGONÓMICAS EXPLICADAS. Opt: DEFECTO REFRACTIVO ADECUADAEMNTE CORREGIDO, CONTINUAR CON MISMA AYUDA VISUAL, PAUSAS ACTIVAS VISUALES, CONTROL EN UN AÑO.. Aud: PAUTAS DE HIGIENE Y PRESERVACION AUDITIVA, CONTROL AUDITIVO ANUAL EN EPS.. Ejercicio físico de acuerdo con la recomendación médica. Hacer seguimiento del peso corporal y establecer metas de reducción por mes. Eliminar el consumo de azucar, harinas, grasas, paquetes, embutidos, gaseosas. Evitar comidas abundantes en la noche. MEDYSCOL EDUCA: La salud contempla diferentes categorías como: salud física, mental, emocional y conductual. Realizar acciones para mantenerse saludable en estas áreas. Realizar ejercicio con regularidad. Mantener un peso saludable. Seguir una dieta saludable. Comer frutas y vegetales, cereales integrales, diferentes fuentes de proteína y lácteos descremados. Dormir entre 7 y 8 horas tienen un efecto favorable sobre la capacidad de concentración y el desempeño laboral. Manejar sus emociones, algunas enfermedades se originan en las emociones, en caso de presentar dolencias, es importante evaluar si hay un origen sicológico y trabajarlo, principalmente con las emociones negativas, para que su vida sea más sana o saludable. Aprender maneras de manejar el estrés. No se puede evitar el estrés, por lo que tiene que aprender a manejarlo. Esto lo ayudará a mantener la calma y a poder actuar en situaciones estresantes. Consultar anualmente su odontólogo, esto permitirá evitar deterioro y costosos tratamientos futuros. Mantener chequeos de salud anuales, estos le ayudarán con la prevención o detección temprana de enfermedades, no espere a tener algún malestar para hacerse una revisión.

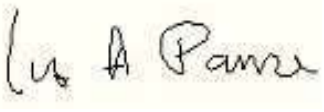
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

■ VISUAL	☐ AUDITIVO
☐ RESPIRATORIO	■ NUTRICION
☐ OSTEOMUSCULAR	
☐ CARDIOVASCULAR	
☐ PSICOSOCIAL	



GAMEZ, WENDY JULIET

CC 1033780860



Luz Angela Parra Medina

Licencia SST: 1349/17

Reg. médico: 11376/13

CC::

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al doctor mencionado(a), profesional adscrito a MEDYSCOL a realizame el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará MEDYSCOL para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Medellín, 19 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 CONSORCIO COCO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA 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
C53134703	VANEGAS RODRIGUEZ MARITZA MAYERLY	15/01/2026		191Ef158	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:C10658256682601930330

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 19/01/2026 08:25:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.134.703**

VANEGAS RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARITZA MAYERLY

NOMBRES



FIRMA

Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-SEP-2003 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00375128-F-0053134703-20120511 **00298**63070A 1 2191784045

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned by CamScanner

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARITZA MAYERLY VANEGAS RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 53.134.703, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 19 de enero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

200771509

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: VANEGAS | Segundo Apellido: RODRIGUEZ | Primer Nombre: MARITZA | Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 53.134.703
11. Sexo biológico: Femenino X Masculino
12. Sexo identificación: F X M T NB Otro Cuál
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
15. Fecha de nacimiento: D 2 0 7 1 9 8 5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: Si No — Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si No
20. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
23. Administradora de Pensiones: Colfondos
24. Ingreso base de cotización - IBC: 2.150.000
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Calle 65J #77 Sur 11 — Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3173940122 | Correo Electrónico: Naye-sa@hotmail.com
Departamento: Bogota | Municipio / Distrito: Bogota | Localidad / Comuna | Zona: Cabecera Municipal, Centro Poblado, Rural Disperso, Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente 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: Femenino Masculino
31. Sexo identificación: F M T NB Otro Cual
32. Nacionalidad
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. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

Scanned with CamScanner

200771509

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 documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Coco	NIT	902010258	

59. Ubicación
Dirección: Cra 15 #93A 84 — Teléfono fijo o Celular: 6770140

Correo Electrónico: rhpracom@hotmail.com — Departamento: Bogota — Municipio / Distrito: Bogota.

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	13/01/2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Mueller	Stefan Master

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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

OBSERVACIONES:

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

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

Scanned with CamScanner

MEDYSCOL

26324-SWVER-

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE APTITUD

IDENTIFICACIÓN	FECHA
CC 53134703	10/01/2026

Femenino, Soltero, Postgrado, EPS: SANITAS, ARL: PENDIENTE, Pensión: COLFONDOS, Fnacimiento: 12/07/1985, Tel: 3173984022, Dir: CALLE 65J N 77I 11 SUR, Email: pendiente, Temp: 36,5°C, IMC: 18,06, hora: 8:43:26 a.m.

NOMBRE	MARITZA MAYERLY VANEGAS RODRIGUEZ		
EMPRESA	PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCI	NIT	900574946
CARGO	RESIDENTE SOCIAL	ÁREA	Operativa
TIPO DE EXAMEN	Ingreso	EDAD	40 años
CIUDAD	BOGOTA		



CONCEPTO: SATISFACTORIO CON PATOLOGIA, que no interfieren con su capacidad laboral.

A nivel OSTEOMUSCULAR se considera Sano, sin limitaciones para ejecutar su cargo actual. RESTRICCIONES (meses): Sin restricciones ni limitaciones para la ejecución del cargo actual.

EXÁMENES REALIZADOS

■ Examen Médico	☐ Cuadro Hemático	☐ Colesterol total	☐ Coprológico	☐ Transaminasas	OTROS: /	
■ Audiometría	☐ Glicemia	☐ Triglicéridos	☐ KOH uñas	☐ Parcial Orina		
☐ Psicosensométricas	■ Visiometría	☐ Perfil lipídico	☐ Creatinina	☐ Frotis Garganta	☐ BUN	
☐ Prueba psico.	☐ Optometría	■ Espirometría	☐ Hemoclasificación	☐ Gravindex		

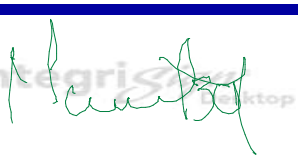
RECOM. GENERALES ☐ Dieta balanceada ☐ Pausas activas ☐ Hábitos saludables ☐ Higiene postural ■ Actividad física regular ☐ EPP

CIIU PRINCIPAL - ,

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: . CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, DIETA ALTA EN PROTEINAS Y CARBOHIDRATOS EN BUSCA DE AUMENTO DE PESO Y MASA MUSCULAR, ACTIVIDAD FISICA REGULAR EN BUSCA DE AUMENTO DE MASA MUSCULAR, CORRECCION VISUAL SEGÚN INDICACIONES DE OPTOMETRIA, CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EPS, VALORACION POR EPS MEDICINA GENERAL Y NUTRICION PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO POR BAJO PESO CONTINTUCIONAL Y HALLAZGOS A LA EXPLORACION FISICA ; NO LEVANTAMIENTO DE CARGAS Y SI LO REQUIERE DEBE USAR CINTURON ABDOMINOLUMBAR DE SEGURIDAD. Opt: . Aud: PAUTAS DE HIGIENE Y PRESERVACION AUDITIVA, CONTROL AUDITIVO ANUAL EN EPS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA A NECESIDAD. MEDYSCOL EDUCA: La salud contempla diferentes categorías como: salud física, mental, emocional y conductual. Realizar acciones para mantenerse saludable en estas áreas. Realizar ejercicio con regularidad. Mantener un peso saludable. Seguir una dieta saludable. Comer frutas y vegetales, cereales integrales, diferentes fuentes de proteína y lácteos descremados. Dormir entre 7 y 8 horas tienen un efecto favorable sobre la capacidad de concentración y el desempeño laboral. Manejar sus emociones, algunas enfermedades se originan en las emociones, en caso de presentar dolencias, es importante evaluar si hay un origen sicológico y trabajarlo, principalmente con las emociones negativas, para que su vida sea más sana o saludable. Aprender maneras de manejar el estrés. No se puede evitar el estrés, por lo que tiene que aprender a manejarlo. Esto lo ayudará a mantener la calma y a poder actuar en situaciones estresantes. Mantener chequeos de salud anuales, realizar con su EPS chequeos de glucosa y colesterol cada 3 años años, esto le ayudará con la prevención o detección temprana de enfermedades.

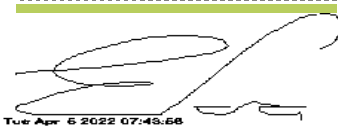
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

■ VISUAL	☐ AUDITIVO
☐ RESPIRATORIO	■ NUTRICION
☐ OSTEOMUSCULAR	
☐ CARDIOVASCULAR	
☐ PSICOSOCIAL	



VANEGAS, MARITZA MAYERLY

CC 53134703



Erika Marcela Pera Galvez

Licencia SST: 10519 / 2018

Reg. médico: 01256 / 1999

CC:: 52195763

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al doctor mencionado(a), profesional adscrito a MEDYSCOL a realizame el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará MEDYSCOL para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Medellín, 16 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO KA VIAL.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1067816960	SIERRA OÑATE SARAIMA PATRICIA	17/10/2024		157T9172	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 16/12/2025 11:07:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.50.252.161, 198.143.41.47, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.067.816.960**
SIERRA OÑATE

APELLIDOS

SARAIMA PATRICIA

NOMBRES

SARAIMA P. SIERRA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1995**
LA PAZ
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-JUL-2013 LA PAZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1282500-00471163-F-1067816960-20130919 **00349**30467A 1 39026662

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:

SARAIMA PATRICIA SIERRA OÑATE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.816.960**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016268915	0|4|0|2|2|0|2|6

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
SIERRA Primer apellido	OÑATE Segundo apellido	SARAIMA Primer nombre	PATRICIA Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1067816960	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CESAR	Municipio: LA PAZ		2|7|0|6|1|9|9|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	2150000	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 46 N 8 19		3128937518	ANGELDAVIDGARCIAMANJARREZ@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO COCO	NIT	902010258	01

59.Ubicación

CR 9 40 20 Dirección	8905643 Teléfono fijo o celular	RHPROCOM1@HOTMAIL.COM Correo electrónico	CORDOBA Departamento	MONTERIA Municipio/distrito

No de Radicacion
4016268915

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|1|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS



80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario



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

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
SIERRA	**OÑATE**	**SARAIMA**	**PATRICIA**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1067816960	RC TI **X** CE PA	**1995 06 27**	M **X**	**2026 04 02**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: SARAIMA PATRICIA SIERRA OÑATE identificado con el documento de identidad: C No. 1067816960, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico _____ la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): 

Nombres y Apellidos: SARAIMA PATRICIA SIERRA OÑATE
Número de identificación: 1067816960

Fecha de diligenciamiento
2026 04 02

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1067816960_____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial





QPrevención

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	SARAIMA PATRICIA SIERRA OÑATE		
Identificación:	CC	**Número:**	1067816960
Fecha de Nacimiento:	1995-06-27	**Edad:**	30
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	A +	**Estrato:**	3
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA		
AFP:	PORVENIR S.A.	**ARL:**	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
Dirección:	CARRERA 13 # 44 - 57	**Teléfono:**	3128937518
Acompañante:	JAVIER GUERRA	**Tel. Acompañante:**	3117350345

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCIO COCO)
Actividad Economica:	4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
Empresa En Mision:	
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	RESIDENTE SST	**FECHA EXAMEN:**	2026-01-24
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

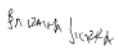
1. AUDIOMETRIA TAMIZ	2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR	3. ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA
4. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL	5. VISIOMETRIA	6. HEMOCLASIFICACION GRUPO RH

CONCEPTO

CONCEPTO — CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.







ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL
1024455
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL 12/01/2023
Firma y sello del médico evaluador

SARAIMA PATRICIA SIERRA OÑATE
Documento: 1067816960
Firma del trabajador

Medellín, 26 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 CONSORCIO COCO.

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 BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1061816007	GUZMAN NANEZ EDGAR DANIEL	27/01/2026		224e1622	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

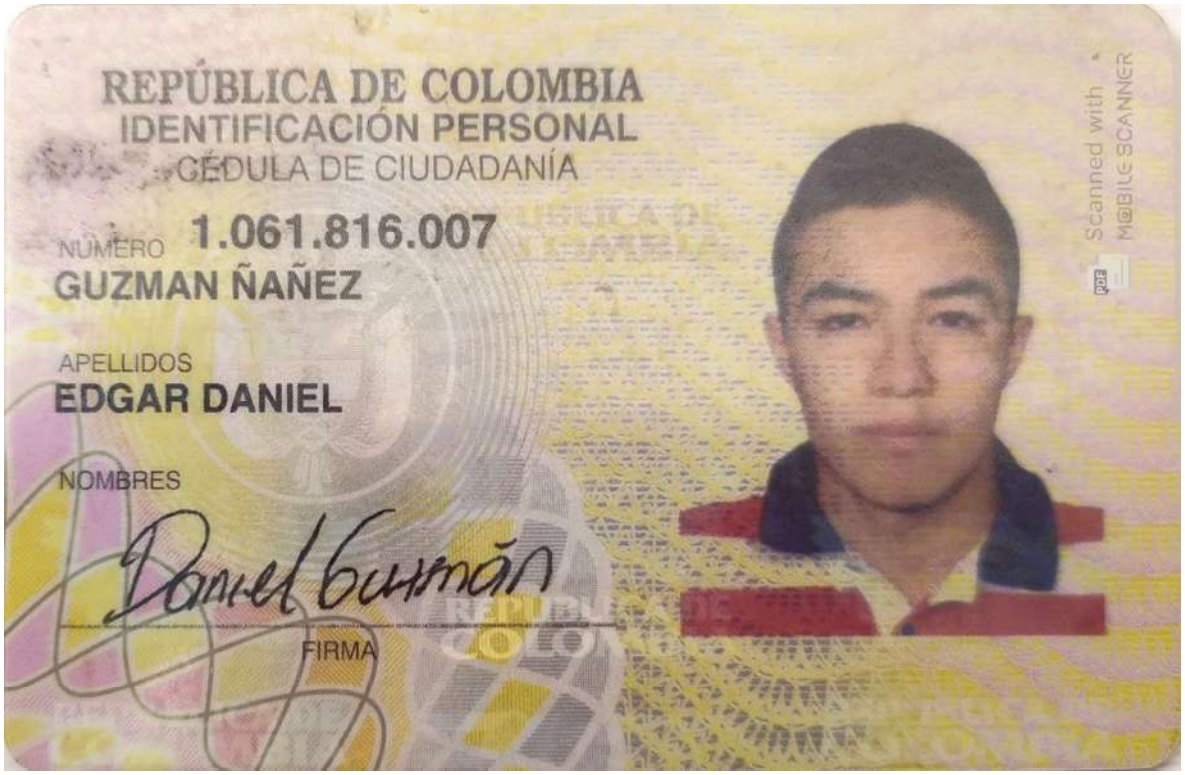
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/01/2026 18:49:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.061.816.007
GUZMAN ÑAÑEZ
APELLIDOS
EDGAR DANIEL
NOMBRES
FIRMA
Scanned with MOBILE SCANNER


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1999
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
27-FEB-2017 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
P-1100100-00890308-M-1061816007-20170323
0054424762A 1
46998969
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Scanned with MOBILE SCANNER

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDGAR DANIEL GUZMAN ÑAÑEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1061816007,** se encuentra afiliado/a desde **11/05/2022** 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 19 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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1384

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: GUZMAN | SEGUNDO APELLIDO: ÑAÑEZ | PRIMER NOMBRE: EDGAR | SEGUNDO NOMBRE: DANIEL

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061816007
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CAUCA | MUNICIPIO: POPAYAN
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA: 22 | MES: 02 | AÑO: 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $4,500,000.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CL 76A 86 16
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3124505033
CORREO ELECTRÓNICO: edgardanielguzman@gmail.com
DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 11169

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT)	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

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

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

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

55. Nombre o razón social: consorcio coco
56. Tipo documento de identificación: X [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de Identificación: 902010258
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN: cr 9 40 20 | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO: rhprocom@hotmail.com | DEPARTAMENTO: CORDOBA | MUNICIPIO/DISTRITO: MONTERIA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA: 19 | MES: 01 | AÑO: 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

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

IX. FIRMAS

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

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio: | Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

BORRADOR

VIGILADO Supersalud

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, EDGAR DANIEL GUZMAN ÑAÑEZ identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1061816007 de POPAYAN, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3124505033

y/o correo electrónico: edgardanielguzman@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1061816007

Fecha de Solicitud: 02/02/2026

Dirección: CL 76A 86 16

Tel: 3124505033 Municipio: BOGOTA

Departamento: DISTRITO CAPITAL

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

BORRADOR

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	SURA	PORVENIR	$4500000	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Angie Andrea Giraldo Jimenez	A1384		CIUDAD Y FECHA

MEDYSCOL

26485-SWVER-

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE APTITUD

IDENTIFICACIÓN	FECHA
CC 1061816007	16/01/2026

Masculino, Soltero, Postgrado, EPS: NUEVA EPS, ARL: PENDIENTE, Pensión: COLPENSIONES, Fnacimiento: 22/02/1999, Tel: 3124505033, Dir: PORTALES DE SAN ANTONIO TORRE 8 224, Email: pendiente, Temp: 36,7°C, IMC: 24,63, hora: 1:02:30 p. m.

NOMBRE	EDGAR DANIEL GUZMAN ÑAÑEZ		
EMPRESA	PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCI	NIT	901359599
CARGO	RESIDENTE DE OBRA	ÁREA	Operativa
TIPO DE EXAMEN	Ingreso	EDAD	26 años
CIUDAD	BOGOTA		



CONCEPTO: SATISFACTORIO CON PATOLOGIA, que no interfieren con su capacidad laboral.

A nivel OSTEOMUSCULAR se considera Sano, sin limitaciones para ejecutar su cargo actual. RESTRICCIONES (meses): Sin restricciones ni limitaciones para la ejecución del cargo actual.

EXÁMENES REALIZADOS

■ Examen Médico	☐ Cuadro Hemático	☐ Colesterol total	☐ Coprológico	☐ Transaminasas	OTROS:	
■ Audiometría	☐ Glicemia	☐ Trigliceridos	☐ KOH uñas	☐ Parcial Orina		
☐ Psicosensométricas	■ Visiometría	☐ Perfil lipídico	☐ Creatinina	☐ Frotis Garganta	☐ BUN	
☐ Prueba psico.	☐ Optometría	■ Espirometría	☐ Hemoclasificación	☐ Gravindex		

RECOM. GENERALES: ☐ Dieta balanceada ☐ Pausas activas ☐ Hábitos saludables ☐ Higiene postural ■ Actividad física regular ☐ EPP

CIIU PRINCIPAL: - ,

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: . CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE... Opt: . Aud: PAUTAS DE HIGIENE Y PRESERVACION AUDITIVA, CONTROL AUDITIVO ANUAL EN EPS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA. . MEDYSCOL EDUCA: La salud contempla diferentes categorías como: salud física, mental, emocional y conductual. Realizar acciones para mantenerse saludable en estas áreas. Realizar ejercicio con regularidad. Seguir una dieta saludable. Comer frutas y vegetales, cereales integrales, diferentes fuentes de proteína y lácteos descremados. Mantener un peso saludable. Dormir entre 7 y 8 horas tienen un efecto favorable sobre la capacidad de concentración y el desempeño laboral. Aprender maneras de manejar el estrés. No se puede evitar el estrés, por lo que tiene que aprender a manejarlo. Esto lo ayudará a mantener la calma y a poder actuar en situaciones estresantes. Mantener una cultura centrada en la capacitación, el conocimiento, la investigación y el estudio, una mejor capacitación le permitirá evaluar alternativas que le generen mayores ingresos. Consultar anualmente al odontólogo, esto permitirá evitar deterioro y costosos tratamientos futuros. Mantener chequeos de salud anuales, estos le ayudarán con la prevención o detección temprana de enfermedades, no esperar a tener algún malestar para hacerse una revisión.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

☐ VISUAL ☐ AUDITIVO
☐ RESPIRATORIO ☐ NUTRICION
☐ OSTEOMUSCULAR
☐ CARDIOVASCULAR
☐ PSICOSOCIAL

GUZMAN, EDGAR DANIEL

CC 1061816007

Luz Angela Parra Medina

Licencia SST: 1349/17

Reg. médico: 11376/13

CC::

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al doctor mencionado(a), profesional adscrito a MEDYSCOL a realizame el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará MEDYSCOL para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Medellín, 26 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 CONSORCIO COCO.

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 BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1022985289	NIETO TRIVIÑO JOHANA MARCELA	27/01/2026		198pW150	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/01/2026 18:50:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.985.289**

NIETO TRIVIÑO

APELLIDOS

JOHANA MARCELA

NOMBRES

Johana marcela Nieto

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **12-ABR-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-ABR-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00300425-F-1022985289-20110512 0026944361A 1 36823049

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:

JOHANA MARCELA NIETO TRIVIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.985.289**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016268952	0|4|0|2|2|0|2|6

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

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

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

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

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
NIETO Primer apellido	TRIVIÑO Segundo apellido	JOHANA Primer nombre	MARCELA Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación					
CC	1022985289	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒	M ☐	T ☐	NB ☐	Otro ☐	Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		1|2|0|4|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	2850000	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 76 A 4 A 19 ESTE		3504960642	CRISTIANANDREY1996@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS AMERICAS - CIMAD ODONTO. IPS LTDA	VSAMERICAS - CIMADONTOL
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO COCO	NIT	902010258	01

59.Ubicación

CR 9 40 20 Dirección	7896543 Teléfono fijo o celular	RHPROCOM1@HOTMAIL.COM Correo electrónico	CORDOBA Departamento	MONTERIA Municipio/distrito

No de Radicacion
4016268952

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|1|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

MEDYSCOL

26471-SWVER-

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO DE APTITUD

IDENTIFICACIÓN	FECHA
CC 1022985289	16/01/2026

Femenino, Soltero, Tecnólogo, EPS: SALUD TOTAL, ARL: NO REFIERE, Pensión: PORVENIR, Fnacimiento: 12/04/1993, Tel: 3504960642, Dir: CALLE 136 A SUR 03 A 36, Email: pendiente, Temp: 36,6°C, IMC: 30,76, hora: 1:13:51 p. m.

NOMBRE	JOHANA MARCELA NIETO TRIVIÑO		
EMPRESA	PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCI	NIT	901359599
CARGO	TOPOGRAFA	ÁREA	Operativa
TIPO DE EXAMEN	Ingreso	EDAD	32 años
CIUDAD	BOGOTA		



CONCEPTO: SATISFACTORIO CON PATOLOGIA, que no interfieren con su capacidad laboral.

A nivel OSTEOMUSCULAR se considera Sano, sin limitaciones para ejecutar su cargo actual. RESTRICCIONES (meses): Sin restricciones ni limitaciones para la ejecución del cargo actual.

EXÁMENES REALIZADOS

■ Examen Médico	☐ Cuadro Hemático	☐ Colesterol total	☐ Coprológico	☐ Transaminasas	OTROS: /
■ Audiometría	☐ Glicemia	☐ Trigliceridos	☐ KOH uñas	☐ Parcial Orina	
☐ Psicosensométricas	☐ Visiometría	☐ Perfil lipídico	☐ Creatinina	☐ Frotis Garganta	☐ BUN	
☐ Prueba psico.	■ Optometría	■ Espirometría	☐ Hemoclasificación	☐ Gravindex	

RECOM. GENERALES: ■ Dieta balanceada ☐ Pausas activas ■ Hábitos saludables ☐ Higiene postural ■ Actividad física regular ☐ EPP

CIIU PRINCIPAL: - ,

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS: . VALORACION POR ORL. USO DE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB. REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL. CONTROL PRIORITARIO POR NUTRICION... Opt: NO REQUIERE AYUDA VISUAL PAUSAS ACTIVAS VISUALES CONTROL EN UN AÑO. Aud: PAUTAS DE HIGIENE Y PRESERVACION AUDITIVA, CONTINUAR SEGUIMIENTO CON AUDIOLOGIA EN EPS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA. Evitar el consumo de tabaco. Consultar nutricionista en EPS, Ejercicio físico de acuerdo con las recomendaciones médicas. Hacer seguimiento del peso corporal y establecer metas de reducción por mes. Eliminar el consumo de azucar, harinas, grasas, paquetes, embutidos, gaseosas. Evitar comer de noche. Establecer acuerdos con sus familiares para consumir alimentos saludables y porciones mas conservadoras. Evitar el consumo de bebidas estimulantes como: energéticos, alcohol o café. Ejercicio físico de acuerdo con la recomendación médica. MEDYSCOL EDUCA: La salud contempla diferentes categorías como: salud física, mental, emocional y conductual. Realizar acciones para mantenerse saludable en estas áreas. Realizar ejercicio con regularidad. Mantener un peso saludable. Seguir una dieta saludable. Comer frutas y vegetales, cereales integrales, diferentes fuentes de proteína y lácteos descremados. Dormir entre 7 y 8 horas tienen un efecto favorable sobre la capacidad de concentración y el desempeño laboral. Manejar sus emociones, algunas enfermedades se originan en las emociones, en caso de presentar dolencias, es importante evaluar si hay un origen sicológico y trabajarlo, principalmente con las emociones negativas, para que su vida sea más sana o saludable. Aprender maneras de manejar el estrés. No se puede evitar el estrés, por lo que tiene que aprender a manejarlo. Esto lo ayudará a mantener la calma y a poder actuar en situaciones estresantes. Consultar anualmente su odontólogo, esto permitirá evitar deterioro y costosos tratamientos futuros. Mantener chequeos de salud anuales, estos le ayudarán con la prevención o detección temprana de enfermedades, no espere a tener algún malestar para hacerse una revisión.

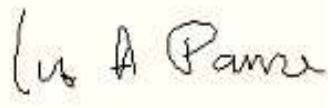
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

☐ VISUAL ☐ AUDITIVO
☐ RESPIRATORIO ■ NUTRICION
☐ OSTEOMUSCULAR
☐ CARDIOVASCULAR
☐ PSICOSOCIAL



NIETO, JOHANA MARCELA

CC 1022985289



Luz Angela Parra Medina

Licencia SST: 1349/17

Reg. médico: 11376/13

CC::

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al doctor mencionado(a), profesional adscrito a MEDYSCOL a realizame el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará MEDYSCOL para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Manifiesto que he leído y comprendido lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Medellín, 26 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 CONSORCIO COCO.

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 BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C19705889	MAESTRE FAREDES GEOVANNY	27/01/2026		63133181	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

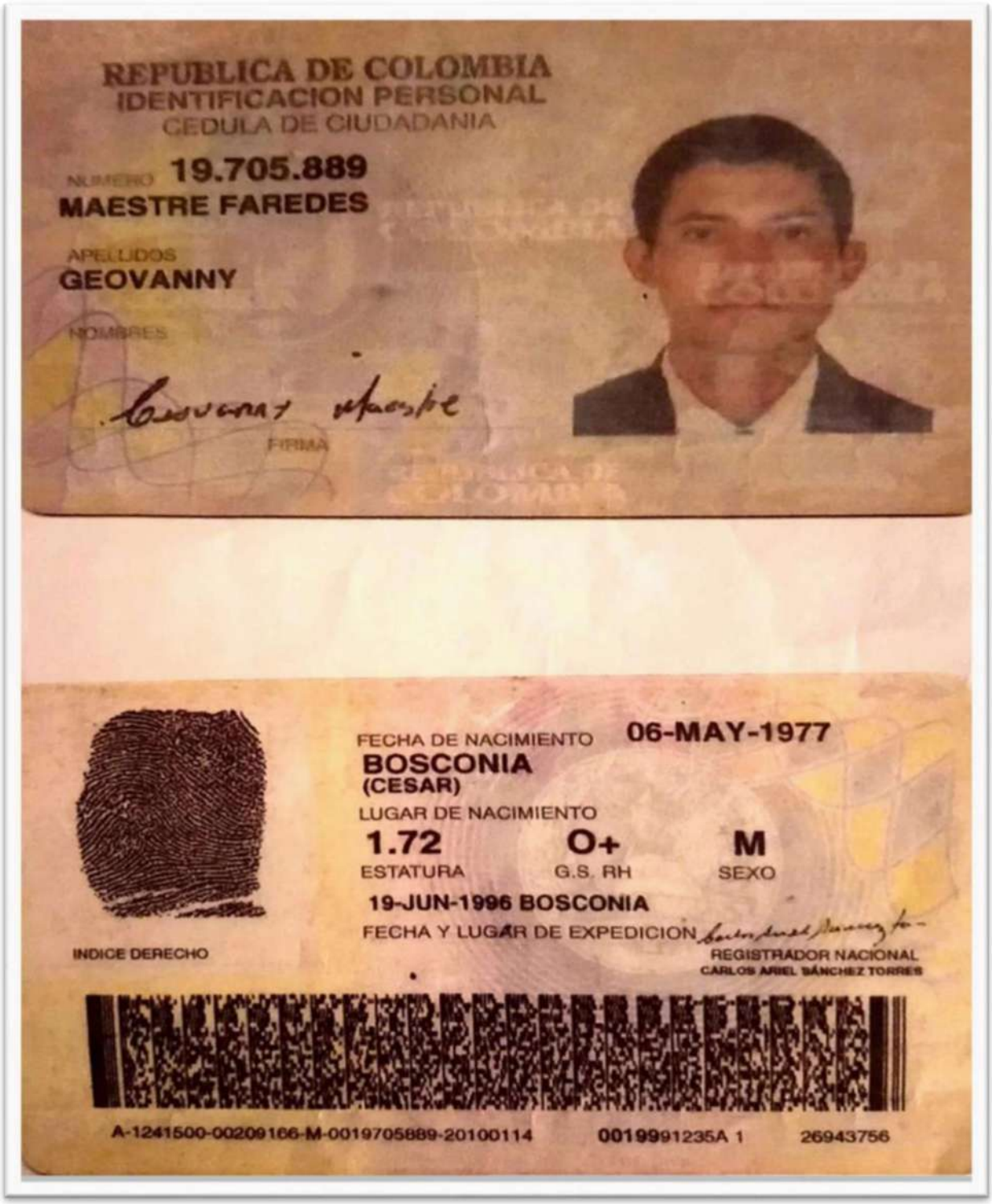
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/01/2026 18:51:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GEOVANNY MAESTRE FAREDES



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:

GEOVANNY MAESTRE FAREDES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.705.889**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016268980	0|4|0|2|2|0|2|6

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria
Si ☐ No ☒

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

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

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
MAESTRE Primer apellido	FAREDES Segundo apellido	GEOVANNY Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	19705889	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	CESAR	BOSCONIA		0|6|0|5|1|9|7|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	2000000	

26.Residencia

CR 67A N 4D 54 BRR PRADERA		3208256543	YONIFAREDE@GMAIL.COM
Dirección	**Telefono fijo**	**Telefono celular**	**Correo electronico**

BOGOTA	BOGOTA		zona	
Departamento	**Municipio/Distrito**	**Localidad / comuna**		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO COCO	NIT	902010258	01

59.Ubicación

CR 9 40 20	8257865	RHPROCOM1@HOTMAIL.COM	CORDOBA	MONTERIA
Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito

No de Radicacion
4016268980

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|6|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

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

QPrevención

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	GEOVANNY MAESTRE FAREDES		
Identificación:	CC	**Número:**	19705889
Fecha de Nacimiento:	1977-05-06	**Edad:**	48
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O +	**Estrato:**	3
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	TECNICO
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA		
AFP:	PORVENIR S.A.	**ARL:**	NO REFIERE
Dirección:	CARRERA 67 A # 4 D - 54	**Teléfono:**	3208256543
Acompañante:	MILENA PAYAN	**Tel. Acompañante:**	3175616228

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCIO COCO)
Actividad Economica:	4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
Empresa En Mision:	
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	CADENERO 1	**FECHA EXAMEN:**	2026-01-24
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA TAMIZ
2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR
3. ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA
4. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL
5. VISIOMETRIA

CONCEPTO

CONCEPTO: CUMPLE PARA EL CARGO / CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES GENERALES

CONTINUAR MANEJO MEDICO	SI
OBSERVACIONES	CONSULTAR A MEDICO DE EPS POR HALLAZGO MEDICO EN PARACLINICOS
RECOMENDACIONES GENERALES	- PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO REQUIERAN TRABAJO EN ALTURAS , NI ESPACIOS CONFINADOS - PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO SEAN DE ALTO ESFUERZO FISICO. - PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL SIN EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB POR UN TIEMPO MAYO A 8 HORAS CONTINUAR , PARA LO CUAL DEBE USAR PROTECCION AUDITIVA

OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	AUDITIVA , VISUAL , CARDIOVASCULAR
USO DE CORRECCION VISUAL	SI
RECOMENDACIONES ADICIONALES	CONTINUAR CON SU CORRECCION VISUAL,

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.





INGRID JOHANA GOMEZ LOPEZ
1030550933
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION 3989 DE 20/08/2020
Firma y sello del médico evaluador

GEOVANNY MAESTRE FAREDES
Documento: 19705889
Firma del trabajador

Medellín, 26 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 CONSORCIO COCO.

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 BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1033729101	DUSSAN DUSSAN MAYRA ALEJANDRA	26/01/2026		p1444167	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/01/2026 18:53:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.729.101**

DUSSAN DUSSAN

APELLIDOS

MAYRA ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ENE-1991**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-ENE-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00633881-F-1033729101-20141023 **0040568311A 1** 1973078587

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MAYRA ALEJANDRA DUSSAN DUSSAN identificado(a) con Cedula Ciudadania 1033729101, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'ADECCO COLOMBIA S A' NIT 860050906, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250212	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 6 días del mes de Mayo de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
28682280

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

MEMORANDO INTERNO

FECHA: 3 de mayo de 2025
PARA: Subdirección Prácticas Profesionales
Centro Progresa EPE - Rectoría UNIMINUTO Bogotá
DE: Dirección Programa Administración en Seguridad y Salud en el Trabajo

ASUNTO: Autorización Práctica Profesional **Clasificación Investigación**

Reciba un cordial saludo:

A través de este documento se resuelve AUTORIZAR el desarrollo de la Práctica Profesional en la clasificación de **Investigación** en el periodo **2025-45** al estudiante:

Datos del estudiante

Nombre:	Mayra Alejandra Dussan Dussan
ID del estudiante:	769682
Nivel de Práctica	PRÁCTICA PROFESIONAL I
Teléfono:	3197096025
Programa académico:	Administración en Seguridad y Salud en el Trabajo

Semillero de Investigación

Nombre del semillero:	Semillero EpiWorkers
Docente Líder:	Yenny Andrea Rozo Silva
Email del docente:	yrozo@uniminuto.edu
Teléfono del docente:	3176790490

Otros datos de la práctica

Fecha de inicio:	5 de mayo de 2025
Fecha de fin:	23 de agosto de 2025
Duración en meses:	4
Horario/Intensidad horaria semanal:	10

Funciones:

- Asistir puntualmente a los encuentros sincrónicos programados por el semillero.
- Desarrollar actividades de formación en investigación (capacitación, socialización, encuentros, simposios, etc.)
- Participar en la formulación y ejecución de propuestas o proyectos de investigación.
- Participar en la presentación o socialización de los resultados del proceso de investigación.
- Dar cumplimiento al plan de formación y entregar los documentos y evidencias de acuerdo con las indicaciones dadas en el aula del curso.

NOTA: Es necesario que el estudiante haga entrega de este documento junto con **copia de su cédula ampliada al 150% y certificado de afiliación a la EPS** activa y vigente (no mayor a 30 días) a Centro Progresa E.P.E. dentro de las fechas establecidas para realizar la legalización de su escenario de práctica profesional. Este documento no tendrá validez sin la totalidad de las firmas y se autoriza únicamente para el desarrollo de la práctica profesional y no para otros fines.

El docente líder del semillero de investigación tiene la responsabilidad de registrar al practicante en la plataforma SIGIIP al inicio y fin de su práctica, de acuerdo con el Procedimiento Gestión de la Práctica Profesional en Investigación.

Dando cumplimiento al Decreto 055 de 2015 expedido el 14 de enero de 2015, UNIMINUTO asume el pago de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) para proyectos donde se desarrollen actividades fuera de UNIMINUTO, esto dentro de la relación de aprendizaje sin que se genere otro tipo de obligaciones contractuales laborales entre el estudiante y UNIMINUTO.

Cordialmente,

Claudia Milena Ospina López
Coordinador de Programa ASST

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DUSSAN DUSSAN MAYRA ALEJANDRA** identificado(a) con **CC** número **1.033.729.101** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2024 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 20 de enero de 2026.

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/**

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar B
29/01/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 29 1 2026

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	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	D. De oficio [ ]					

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: DUSSAN	Segundo Apellido: DUSSAN	Primer Nombre: MAYRA	Segundo Nombre: ALEJANDRA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	1033729101	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	COLOMBIANO	País: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: BOGOTA	1 1 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
PORVENIR	2,150,000		CR 13 # 5-55 (Dirección)

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Departamento de Residencia
	3197096025	alejandrad.dussan@gmail.com	CUNDINAMARCA

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona	
BOGOTá D.C.		Cabecera Municipal [X]	Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?		País	Departamento	Municipio	

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

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 permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V003

	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: **CONSORCIO COCO**			
56. Tipo de documento de identificación: **NI**	57. Número del documento de identificación: **902010258**	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación			
CARREA 15 #93A-84 Dirección			**3244111638** Teléfono fijo o Celular
Teléfono fijo o Celular	**rhprocom@hotmail.com** Correo electrónico	**BOGOTá D.C.** Departamento	**CUNDINAMARCA** Municipio/Distrito

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
DUSSAN Primer Apellido	**DUSSAN** Segundo Apellido	**MAYRA** Primer Nombre	**ALEJANDRA** Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: **CC**	10. Número de documento de identidad: **1033729101**	62. Sexo biológico: Femenino [X]	Masculino [ ]	63. Sexo identificación: F [X]	M [ ]	T [ ]	NB [ ]	Otro [ ]	Cuál?		

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): **1 1 1991**	65. EPS anterior
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año): **26 1 2026**	67. Motivo de traslado Cod. / 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

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.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 de 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 PT
  Cantidad de documentos de identidad 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 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.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

1033729101

Compensar B

29/01/2026

COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

V003

FOR-EPSVTA-0002

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

CUESTIONARIO 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

compensar | salud eps

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

SI: [X] Correo electrónico: **alejandrad.dussan@gmail.com** NO: [ ] Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: CC 1033729101

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo con lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.
Compensar se compromete a utilizar mis datos en el desarrollo de sus funciones, con el fin de dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Además, para atender a requerimientos legales y de organismos de control, transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, para tramitar traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley, así como las demás finalidades descritas en el numeral 7 del Manual de Tratamiento de Datos personales, el cual manifiesto conocer.
Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial o publicitaria sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar o, en caso de ser necesario la gestión de cobranzas. Entiendo que estas actividades podrán ser realizadas a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto, por medio de aplicaciones de mensajería instantánea o visitas, lo cual puedo revocar en cualquier momento.
Entiendo que Compensar cuenta con proveedores o aliados para la prestación de los servicios, a los cuales compartirá mi información en caso de ser necesario y quienes conforme con la ley, asumirán el rol de encargados del tratamiento.
En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.
Estoy de acuerdo en que Compensar trate mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber
Mis derechos como titular de la información s
ejercer de acuerdo con lo definido en el Ma
solicitud o reclamo a través de la página we
cuchamos o por escrito en la dirección Aven

Si [X] No [ ]

compensar B
29/01/2026
COD: 471 Magdelin Remolina
SUJETO A VERIFICACION

Firma del afiliado: _____ **No. Identificación:** CC 1033729101

Vigilado Supersalud

V003 FOR-EPSVTA-0002

Vigilado Supersubsidio

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	MAYRA ALEJANDRA DUSSAN DUSSAN		
Identificación:	CC	**Número:**	1033729101
Fecha de Nacimiento:	1991-01-01	**Edad:**	35
Género:	F	**Identidad de Género:**	FEMENINO
RH:	O +	**Estrato:**	3
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Departamento:	CUNDINAMARCA	**Ciudad:**	SOACHA
EPS:	EPS COMPENSAR		
AFP:	PROTECCION S.A.	**ARL:**	NO REFIERE
Dirección:	CARRERA 13 # 5 - 55	**Teléfono:**	3197096025
Acompañante:	ROSARIO DUSSAN	**Tel. Acompañante:**	3112189962

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCIO COCO)
Actividad Economica:	4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
Empresa En Mision:	
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	AUXILIAR AMBIENTAL	**FECHA EXAMEN:**	2026-01-24
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA TAMIZ	2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR	3. ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA
4. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL	5. VISIOMETRIA	6. HEMOCLASIFICACION GRUPO RH

CONCEPTO

CONCEPTO	CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI
OBSERVACIONES	SE RECOMIENDA INCORPORAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, PREFERIBLEMENTE DE TIPO AERÓBICO MODERADO (COMO CAMINAR, NADAR, BAILAR O MONTAR BICICLETA), CON UNA DURACIÓN MÍNIMA DE 180 MINUTOS SEMANALES, DISTRIBUIDOS EN AL MENOS 3 A 5 DÍAS. COMPLEMENTAR CON EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR 2 VECES POR SEMANA PUEDE MEJORAR LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y APOYAR EL METABOLISMO.
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	SI
OBSERVACIONES	SE SUGIERE INICIAR UN PLAN DE ALIMENTACIÓN HIPOCALÓRICO, EQUILIBRADO Y SOSTENIBLE EN EL TIEMPO, PRIORIZANDO ALIMENTOS DE ALTA DENSIDAD NUTRICIONAL COMO FRUTAS, VERDURAS, LEGUMINOSAS, CEREALES INTEGRALES Y PROTEÍNAS MAGRAS. SE RECOMIENDA REDUCIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, AZÚCARES SIMPLES, BEBIDAS AZUCARADAS Y GRASAS SATURADAS. EL CONTROL DE PORCIONES Y LA PLANIFICACIÓN DE COMIDAS TAMBIÉN SON CLAVES PARA MANTENER UN DÉFICIT CALÓRICO ADECUADO.
USO DIARIO DE BLOQUEADOR SOLAR	SI
OBSERVACIONES	DIARIO

OCUPACIONALES

USO DE EPP	SI
OBSERVACIONES	SEGUN TAREAS Y PERFIL DEL CARGO
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
OBSERVACIONES	SE RECOMIENDA MANTENER POSTURAS ADECUADAS FRENTE AL COMPUTADOR. AL ESTAR SENTADO, ASEGÚRESE DE MANTENER LA ESPALDA RECTA Y BIEN APOYADA EN EL RESPALDO DE LA SILLA, CON LOS HOMBROS RELAJADOS Y LOS PIES COMPLETAMENTE APOYADOS EN EL SUELO. LAS RODILLAS DEBEN FORMAR UN ÁNGULO DE 90 A 100 GRADOS Y LOS CODOS DEBEN MANTENERSE CERCA DEL CUERPO, TAMBIÉN EN ÁNGULO RECTO. LA PANTALLA DEL COMPUTADOR DEBE ESTAR A LA ALTURA DE LOS OJOS PARA EVITAR LA FLEXIÓN DEL CUELLO.
PAUSAS ACTIVAS	SI
OBSERVACIONES	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 1 A 2 HORAS DE TRABAJO CONTINUO PARA PREVENIR LA FATIGA FÍSICA Y MENTAL, MEJORAR LA CIRCULACIÓN Y REDUCIR EL RIESGO DE LESIONES OSTEOMUSCULARES. ESTAS DEBEN DURAR ENTRE 5 Y 10 MINUTOS E INCLUIR EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR Y ESTIRAMIENTO SUAVE DE CUELLO, HOMBROS, COLUMNA, MUÑECAS, CADERAS Y PIERNAS. PAUSAS ACTIVAS VISUALES SIN FIJAR LA MIRADA, CON PARPADEOS.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de

contrato. Artículo 62 CST.







JOSE ALEXANDER GRANADOS JIMENEZ
79656891
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL-RESOLUCION 29111 DE 2025
Firma y sello del médico evaluador

MAYRA ALEJANDRA DUSSAN DUSSAN
Documento: 1033729101
Firma del trabajador

Medellín, 26 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 CONSORCIO COCO.

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 BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1076669398	PULGA HERRERA GUILLERMO ANDRES	27/01/2026		01492111	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/01/2026 18:57:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.194.127, 192.230.104.15, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.076.669.398**

PULGA HERRERA
APELLIDOS

GUILLERMO ANDRES
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAR-1999**
UBATE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

24-MAR-2017 UBATE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1530400-00907423-M-1076669398-20170524 **00555**22464A 1 48065966

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GUILLERMO ANDRES PULGA HERRERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1076669398,** se encuentra afiliado/a desde **24/05/2021** 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 19 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

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) GUILLERMO ANDRES PULGA HERRERA identificado(a) con CC 1076669398 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/06/2021

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UNIDAD MEDICA ORLUZ SAS - SEDE NUEVA EPS**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes 1 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,



EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

200877660

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PULGA	HERRERA	GUILLERMO	ANDRES

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	Cuál	13. Nacionalidad
C.C	1076669398	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		Colombiana

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		
Colombia				19031999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	Porvenir	2.150.000	

26. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo
	Calle 122 #51-21	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3105393689	guillermopulga169@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Bogota	Bogota		Cabecera 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	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

Versión 01 Noviembre 2011 Resolución 3047 de 2008

200877660

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO COCO	NIT	902010258	

59. Ubicación
Dirección: Cra 15 #93 A84 — Teléfono fijo o Celular:
Correo Electrónico: rhprocom@hotmail.com — Departamento: Bogota — Municipio / Distrito: Bogota.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	27 01 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 interdicción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre — Tipo de documento de identidad — No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
	Diana Maestre.

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

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

OBSERVACIONES:

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

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

QPrevención

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

900592369-6

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	GUILLERMO ANDRES PULGA HERRERA		
Identificación:	CC	**Número:**	1076669398
Fecha de Nacimiento:	1999-03-19	**Edad:**	26
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	A +	**Estrato:**	4
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Departamento:	BOGOTÁ, D.C.	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
EPS:	EPS NUEVA		
AFP:	COLPENSIONES	**ARL:**	NINGUNA
Dirección:	CALLE 122 # 51 -21	**Teléfono:**	3115313689
Acompañante:	HENRRY PULGA	**Tel. Acompañante:**	3114503655

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	PROCOM INGENIERÍA SAS (CONSORCIO COCO)
Actividad Economica:	4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL
Empresa En Mision:	
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C. - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	AUXILIAR TECNICO	**FECHA EXAMEN:**	2026-01-26
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA TAMIZ
2. ENFASIS OSTEOMUSCULAR
3. ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA
4. VALORACION MEDICO OCUPACIONAL
5. VISIOMETRIA

CONCEPTO

CONCEPTO	CUMPLE PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

GENERALES

REMISION A EPS	SI
OBSERVACIONES	OPTOMETRIA

OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
OBSERVACIONES	VISUAL
USO DE CORRECCION VISUAL	SI
OBSERVACIONES	USO PERMANENTE

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.







ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL
1024455
RM: LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 346 DEL 12/01/2023
Firma y sello del médico evaluador

GUILLERMO ANDRES PULGA HERRERA
Documento: 1076669398
Firma del trabajador

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 13-1-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO- NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 08:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 09:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
WENDY GAMEZ	1033780860	PROFESIONAL DE APOYO AMBIENTAL	CONSORCIO COCO	
MARITZA VANEGAS	53134703	PROFESIONAL DE APOYO SOCIAL	CONSORCIO COCO	
SAMANTA SIERRA	1067816960	PROFESIONAL DE APOYO SST	CONSORCIO COCO	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
WILLIAM CAMPOS	1033780880	PROFESIONAL DE APOYO AMBIENTAL	SURA	COMFENALCO	PORVENIR	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS. LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 13-1-26	Cargo a desempeñar: PROFESIONAL DE APOYO AMBIENTAL.

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo WENDY CAMEZ identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1033780860 DE DE BOGOTA

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** P. DE APOYO AMB

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 13-1-26

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON CAMEZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 13-1-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ALMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: WENDY GAMEZ

Cédula: 1033780860

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
CONSORCIO COCO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: WENDY CARMEL CARGO: P. DE APOYO AMB

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 13-1-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo WENDY GAMEZ Identificad@ con documento de identidad N° 1033780860 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
MARTHA VANEGAS	53131703	PROFESIONAL DE APOYO SOCIAL	SURA	SANITAS	COLFONDO	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010 versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 13-1-26	Cargo a desempeñar: P. DE APOYO SOCIAL

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohibe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo MARITZA VANEGAS identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 53134703 DE DE BOGOTA

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** P. APOYO SOCIAL

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el dia, 13-1-26

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 13-1-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: MARITZA VALENCIA

Cédula: 53134703

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
COCO CONSORCIO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: MARITZA VANEGAS CARGO: P. DE APOYO SOCIAL

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 13-1-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo MARITZA VANEGAS Identificad@ con documento de identidad N° 53134703 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
SARAHIA SIERRA	1067896960	PROFESIONAL DE APOYO SST	SURA	SALUDTOTAL	PORVENIR	SARAHIA

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010 versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 13-1-26	Cargo a desempeñar: P. APOYO SST

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tubería en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo SARAHMA SIERRA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1067816960 DE DE LA PAZ

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** P. APOYO SST

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el dia, 13-1-26

en la ciudad de Bogotá.

SARAHMA SIERRA
Firma Trabajador

ERICSON CASTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 13-1-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: SARAIMA

Nombre: SARAIMA SIERRA

Cédula: 1067816960

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	**Versión: 01** **Diciembre 2025**

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: SARAHA SIERRA CARGO: P. APOYO SST

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 13-1-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
COCO CONSORCIO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	**A.** Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes **B.** Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador **C.** Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	**A.** Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo **B.** Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes **C.** Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	**A.** Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo **B.** Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) **C.** Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo SAMAIRA SIERRA Identificad@ con documento de identidad N° 1004816960 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma SAMAIRA.

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 19-1-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: Consorcio Coco

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO- NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:30 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:40 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
EDGAR D. CARDMAN	1061816007	PROFESIONAL DE APOYO R. DE OBRA	CONSORCIO COCO	
JOHANA NIETO.	1022985289	PROFESIONAL DE ARCHIVO Y LOGISTICA	CONSORCIO COCO	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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 CARMAN	1065869007	PROFESIONAL DE APOYO R. DE OBRA	SURA	NUEVA EPS	COLPENSIONES	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 19-1-26	Cargo a desempeñar: P. DE AYUD R. DE OBRA

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA			
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN		GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO			
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS					

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo EDGAR D. GUZMAN identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1006816007 DE DE POPAYAN

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** P. DE AYUD DE OBRA

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 19-1-26

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 19-1-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ALMED. PREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Daniel Guamán

Nombre: Edgar Daniel Guamán Nañez.

Cédula: 1061816007

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	**Versión: 01** **Diciembre 2025**

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: EDGAR GUZMAN CARGO: P. DE APOYO R. DE OBRA

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 19-1-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	**A.** Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes **B.** Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador **C.** Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	**A.** Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo **B.** Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes **C.** Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	**A.** Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo **B.** Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) **C.** Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo EDGAR GUZMAN Identificad@ con documento de identidad N° 1061816007 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Daniel Guzmán

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
Johana Nieto	1022985289	Profesional de apoyo topografía	Sura	Salud Total	Porvenir	Johana Nieto

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010 versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 19-1-26	Cargo a desempeñar: P. DE MONTO TOPOGRAFA

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, Inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo JOHANA NIETO identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1022985289 DE DE BOGOTA

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** P. DE MONTO TOPOGRAFA

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 19-1-26

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 19-1-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: JOHANA NIETO

Cédula: 1022985289

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	**Versión: 01** **Diciembre 2025**

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: JOHANA NIETO CARGO: P. APOYO TOPOGRAFA

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 19-1-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	**A.** Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes **B.** Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador **C.** Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	**A.** Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo **B.** Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes **C.** Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	**A.** Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo **B.** Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) **C.** Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo JOHANA NIETO Identificad@ con documento de identidad N° 1022985289 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Johana Nieto.

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 26-1-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO- NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
MAYRA DUSSAN	1033729101	AUX-AMB-SST	CONSORCIOCOCO	
COEVALUN MAESTRE	19705889	CAD1	CONSORCIOCOCO	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
CRISTIAN MAESTRE	1970588	CAD1	SURA	SALUDTOTAL	PORVENIR	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 26-1-26	Cargo a desempeñar: CAD 1

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO	X	CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo GEOVANNY MAESTRE identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1970588 89 DE DE BOGOTA conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** CAD 1 que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 26-1-26 en la ciudad de Bogotá.

Geovanny Maestre
Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 26-1-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREN

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Geovanny Maestre

Nombre: GEOVANNY MAESTRE

Cédula: 19705889

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: COEOLANNY MAESTRE CARGO: CAD1

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 26-1-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mi		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo Coeianny Maestre Identificad@ con documento de identidad N° 1970588 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Coeianny Maestre

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
MAYRA DUSSAN	1053791901	AUX AMB-SST	SURA	COMFENALCO	PROTECCION	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 26-1-26	Cargo a desempeñar: AUX- AMB-SST

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, Inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo MAYRA DUSSAN identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1033729101 DE DE BOGOTA

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** AUX-AMB-SST

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 26-1-26 en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON CONTRERAS
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	Código: FO-SST-012
		Versión: 01
		Diciembre 2025

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 26-6-026

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** MEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: MAYRA DIXON

Cédula: 1053729101

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: MAYRA DUSSAN CARGO: AUX- AMB-SST

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 26-1-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo MAYRA DUSSAN Identificad@ con documento de identidad N° 1033729101 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 27-1-26

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 08:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:40 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
GUILLERMO PULGA	1076666 9398	AUX- TECNICO	CONSORCIO COCO	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
GUILLERMO POLO	1076660	AUX TECNICO	SURA	NUEVA EPS	PENSIONADO	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 27-1-26	Cargo a desempeñar: AUX- TECNICO

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico**: Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al Instalar tuberia en una excavacion con la ayuda de maquinaria idonea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo GUILLERMO PULGA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1076666398 DE DE UBATE

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** AUX-TRAFICO

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 27-1-26 en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: Puerto Coca

Fecha: 27-1-26

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ALMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: GUILLERMO Pulgo

Cédula: 1076669398

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	**Versión: 01** **Diciembre 2025**

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: GUILLERMO PULGA CARGO: AUX- TECNICO

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: _____

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo GUILLERMO PULGA Identificad@ con documento de identidad N° 1076660398 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA - 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON HERNAN GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO- NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
ANGELA CASTRO GOMEZ	30321513	DIRECTOR DE OBRA	CONSORCIO COCO	Angela Castro

(Firma) ERICSON GUTIERREZ

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
ANGELA CASTRO	30321513	DIRECTOR DE OBRA	SURA	SURA	COLPENSIONES	ANGELA CASTRO

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010 versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: DIRECTOR DE OBRA

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO		ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, Inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo ANGELA CASTRO identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 30321613 DE DE MANIZALES.

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** DIRECTOR DE OBRA

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-12-25

en la ciudad de Bogotá.

ANGELA CASTRO
Firma Trabajador

ERIKSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMED+PREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: ANGELA CASTRO

Nombre: ANGELA CASTRO

Cédula: 30321513

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
CONSORCIO COCO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: ANGELA CASTRO CARGO: DIRECTOR DE OBRA

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo ANGELA CASTRO Identificad@ con documento de identidad N° 30321513 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Angela Castro

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA - 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON HERNAN GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM

HORA DE TERMINACIÓN: _____

TIPO

INDUCCIÓN [X]

CHARLA INFORMATIVA [ ]

CAPACITACIÓN [ ]

ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
JAVIER HERNANDO CASTRO	98388497	RESIDENTE DE OBRA	CONSORCIO COCO	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
JAIVER CASTRO	98388497	RESIDENTE DE OBRA	SURA	COMPENSAR	PORVENIR	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: JAIVER CASTRO

Nombre: JAIVER HERNANDO CASTRO

Cédula: 98388497

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-10-25	Cargo a desempeñar: RESIDENTE DE OBRA

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo JAVIER CASTRO identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 98388497 DE DE PASTO

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** RESIDENTE DE OBRA

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-10-25

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON CARTAGENA
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: JAVIER CASTRO CARGO: RESIDENTE DE OBRA

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL	X		

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo JAVIER CASTRO Identificad@ con documento de identidad N° 98.388.497 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON HERNAN GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DE RIESGO- NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
JOSE MIGUEL ALDANA	1024550603	ESPECIALISTA EN CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO	CONSORCIO COCO	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
JOSE MIGUEL ALDANA	1024550603	ESPECIALISTA EN GEOTECNIA Y PAVIMENTO	SURA	COMPENSAR	PROTECCION	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: ESP. GEOTECNIA Y PAVIMENTO

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo JOSE MIGUEL ALDANA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1024550603 DE DE BOGOTA conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** ESP. GEOTECNIA Y PAVIMENTO que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el dia, 17-12-25 en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: JOSE MIGUEL ALDANA

Nombre: JOSE MIGUEL ALDANA

Cédula: [illegible]

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
CONSORCIO COCO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: JOSE MIGUEL ALDANA CARGO: ESP. GEOTECNIA Y PAVIMENTO

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mi		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
CONSORCIO COCO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo JOSE MIGUEL ALDANA Identificad@ con documento de identidad N° 1024500603 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON HERNAN GUTIERREZ

EMPRESA: Consorcio Coco

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO- NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
JORGE ELIECER IBARRA	1076660860	ESP. HIDRAULICO	Consorcio Coco	JORGE IBARRA

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
JORGE ELIECER IBARRA	1076666666	ESP. HIDRAULICO	POSITIVA	SURA	COLPENSIONES	JORGE IBARRA

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	**Fecha:** 17-12-25	**Cargo a desempeñar:** ESP. HIDRAULICO

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN		GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se este realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo JORGE ELIECER IBARRA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1076066866 DE DE MONTERIA conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** ESP. HIDRAULICO que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el dia, 17-12-25 en la ciudad de Bogotá.

JORGE IBARRA
Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ALMEDITREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: JORGE IBARRA

Nombre: JORGE IBARRA

Cédula: 1076666886

Scanned with CamScanner

COCO CONSORCIO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: JORGE IBARRA CARGO: ESP. HIDRAULICO

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? POSITIVA

Yo JORGE IBARRA Identificad@ con documento de identidad N° 1076666860 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma JORGE IBARRA

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA - 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON HERNAN GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO- NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
CARLOS MUÑOZ	1049602088	ESP. TRANSITO Y TRANSPORTE	CONSORCIO COCO	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
Carlos Muñoz	1049600088	EXP. TRANSITO Y TRANSPORTE	Seguros Bolívar	Sanitas	Colpensiones	Carlos Muñoz

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: ESP. TRANSITO Y TRANSPORTE

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** lluvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo Carlos Muñoz identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1019622088 DE DE TUNJA

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** ESP. TRANSITO Y TRANSPORTE

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-12-25

en la ciudad de Bogotá.

Carlos Muñoz
Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ALMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Carlos Muñoz

Nombre: Carlos Muñoz

Cédula: 1049622088

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Carlos Muñoz CARGO: ESP. TRANSITO Y TRANSPORTE

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ ___ NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL	X		

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SEGUROS BOLÍVAR

Yo CARLOS MUÑOZ Identificad@ con documento de identidad N° 1049622088 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma CARLOS MUÑOZ

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA - 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON HERNAN GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
JULIAN R. BERNARDES	80851640	ESP. FORESTAL	CONSORCIO COCO	JULIAN BERNARDES

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
Julian R. Bermudez	80851640	ESP. FORESTAL		COMFENALCO	COLPENSIONES	Julian Bermudez

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010 versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	**Fecha:** 17-12-25	**Cargo a desempeñar:** ESP. FORESTAL

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO		CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Físico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico**: Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo JULIAN R. BENAVIDEZ identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80851640 DE DE BOGOTA

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** ESP. FORESTAL

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-12-25

en la ciudad de Bogotá.

JULIAN BENAVIDEZ
Firma Trabajador

ERICSON CASTIBLANCO
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: JULIAN BELALCAZAR

Nombre: JULIAN R BELALCAZAR

Cédula: 80851640

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	**SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	**Versión: 01** **Diciembre 2025**

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: JULIAN R. BENAVIDEZ CARGO: ESP. FORESTAL

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? _____

Yo JULIAN R. BENAVIDES Identificad@ con documento de identidad N° 80801640 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma JULIAN BENAVIDES

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 17-10-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACIÓN DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
HERNAN D. BERMUDEZ	1031145002	RESIDENTE AMB	CONSORCIO COCO	H. Bermudez

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• 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 máquina.

• 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 instalaciones

• 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.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
HERIBALDO BERMUDEZ	1065115002	R. AMBIENTAL	SURA	SALUDTAS	PROTECCION	H. BERMUDEZ

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: R. AMBIENTAL

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, Inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo HERNAN D. BERMUDEZ identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1031145002 DE DE BOGOTÁ conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** R. AMB que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-12-25 en la ciudad de Bogotá.

H. BERMUDEZ
Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMED. PREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: H. BERMUDEZ

Nombre: HERNAN D. BERMUDEZ

Cédula: 1031145002

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: HERNAN D. BERMUDEZ CARGO: R. AMB

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	**A.** Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes **B.** Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador **C.** Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	**A.** Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo **B.** Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes **C.** Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	**A.** Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo **B.** Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) **C.** Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo HERNAN D. BERMUDEZ Identificad@ con documento de identidad N° 1031145002 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma H. BERMUDEZ

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON CUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
ERICSON H. CUTIERREZ	80229640	RESIDENTE SST	CONSORCIO COCO	ERICSON CUTIERREZ

(Firma) ERICSON CUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
ERICSON H. GUTIERREZ	80229640	R. SST	SURA	SALUDTOTAL	PORVENIR	ERICSON GUTIERREZ

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: R. SST

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, Inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al Instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atencion a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo ERICSON H. CONTRERAS identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80229640 DE DE Bogotá

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** R. SST

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el dia, 17-12-25

en la ciudad de Bogotá.

ERICSON CONTRERAS
Firma Trabajador

ERICSON CONTRERAS
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ALMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: ERICSON GUTIERREZ

Nombre: ERICSON H. GUTIERREZ

Cédula: 80229640

Scanned with CamScanner

COCO CONSORCIO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: ERICSON GUTIERREZ CARGO: P. 65T

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo ERICSON GUTIERREZ Identificad@ con documento de identidad N° 80229640 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma ERICSON GUTIERREZ

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: Consorcio Coco

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO- NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
MARTHA L. TRIANA	52328935	RESIDENTE SOCIAL	Consorcio Coco	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
MARTHA L TRIANA	52328935	R. SOCIAL	SURA	SANITAS	COLPENSIONES	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: R. SOCIAL

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e Indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, Inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohíbe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al Instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo MARTHA L. TRIANA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 52328935 DE DE BOGOTA

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** R. SOCIAL

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-12-25

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON CASTIBLANCO
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: [signature]

Nombre: MARTHA L. TRIANA

Cédula: 52328935

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
COCO CONSORCIO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: MARTHA L. TRIANA CARGO: R. Social

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo MARTHA L TRIANA Identificad@ con documento de identidad N° 52328935 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD.

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
JORGE A. VEGA	1120750763	INSPECTOR 1	Consorcio Coco	Jorge Vega

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
JORGE A. VEGA	1102750763	INSPECTOR 1	SURA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN	Jorge Vega

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: INSPECTOR 1

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Físico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohibe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo JORGE A. VEGA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1120750763 DE DE SAN DIEGO conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** INSPECTOR 1 que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el dia, 17-12-25 en la ciudad de Bogotá.

Jorge Vega
Firma Trabajador

ERICSON CONTRERAS
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** AMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Jorge Vega

Nombre: JORGE A. VEGA

Cédula: 1120750763

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
COCO CONSORCIO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: JORGE A. VEGA CARGO: INSPECTOR 1

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mi		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
COCO CONSORCIO	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? BURA

Yo JORGE A. VEGA Identificad@ con documento de identidad N° 1120750763 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Jorge Vega

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
HOLLMAN F. HUERFANO	1023878165	INSPECTOR 2	CONSORCIO COCO	

(Firma) ERICSON BERMUDEZ.

(Nombre)

Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
HOLLMAN D. HURTADO	1023878165	INSPECTOR 2	SURA	SURA	PORVENIR	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010 versión 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: INSPECTOR 2

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Fisico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energia eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atencion a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo HOLLMANDI F. HUERFANO identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1023878165 DE DE BOGOTA conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** INSPECTOR 2 que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-12-25 en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON CASTIERRET
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREV

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: HOLMAN J. HUERFANO

Cédula: 1023878165

Scanned with CamScanner

COCO CONSORCIO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: HOLLMAND F. HUERFANO CARGO: INSPECTOR 2

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraida como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo HOLLMAN J. ALZATE Identificad@ con documento de identidad N° 1023878165 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
versión: 01		

CONTRATANTE	
CONTRATISTA	CONSORCIO COCO

OBJETO DEL CONTRATO

EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCIÓN Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PUBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTA

LUGAR Y FECHA: PUNTO CREA 17-12-25

NOMBRE DEL PROFESIONAL ERICSON GUTIERREZ

EMPRESA: CONSORCIO COCO

TEMA: NOTIFICACION DEL RIESGO - NORMAS DE SEGURIDAD

HORA DE INICIO: 07:00 AM HORA DE TERMINACIÓN: 08:00 AM

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
CRISTIAN C. GONZALES	1026568860	TOPOGRAFO	CONSORCIO COCO	

(Firma) ERICSON GUTIERREZ
(Nombre)
Coordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Código: FO-SST-041	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	
Versión: 01		

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

- Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnet 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.
  - Calzado de seguridad.
  - Protección auditiva
  - Monogafas
- Está PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.
- Está PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas
- 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 máquina.
- 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 instalaciones
- 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.
- Uso de tapabocas obligatorio
- Prohibido el uso de celular en horas laborales

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
CRISTIAN C. CONTRERAS	1026568860	TOPOGRAFO	SURA	SALUDTAS	PORVENIR	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIONES DE RIESGO	FO-SST-010
		versión. 01

OBJETO DEL CONTRATO:	EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D C

Contrato No: 613-2025	Fecha: 17-12-25	Cargo a desempeñar: TOPOGRAFO

ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

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 presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección personal de acuerdo a la labor desarrollada.

ROPA DE TRABAJO Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (Marque con una X)

CASCO	X	PROTECTOR RESPIRATORIO	X	CHALECO REFLECTIVO	X	ARNES		GUANTES DE VAQUETA		CHALECO REFLECTIVO NARANJA	
BOTAS DE SEGURIDAD	X	PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	X	GUANTES DE CARNAZA		LINEA DE VIDA		GUANTES DE POLIURETANO		CHALECO REFLECTIVO AMARILLO	
PROTECCIÓN VISUAL	X	PROTECTOR AUDITIVO TIPO COPA		MASCARILLA		BARBUQUEJO		OVEROL DE DOS PIEZAS			

RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A ACTIVIDAD LABORAL (Marque con una X)

Riesgo Físico: Ruido, Vibracion, Temperatura extremas, Radiaciones no ionizantes.	X	**Riesgo Psicosocial:** Estilos de mando, pagos, trabajo en equipo, carga mental, jornada de trabajo.	X	**Riesgo Eléctrico:** Redes de energía eléctrica, Rayos, contacto directo e indirecto.	X
Riesgo Biologico: Virus, bacterias, hongos, picaduras, mordeduras, fluidos u otros.	X	**Condiciones de Seguridad:** Mecanicos (Elementos de maquinas, herramientas o piezas de trabajo), Intervencion de vias.	X	**Fenomenos Naturales:** luvia, terremoto, Sismo, derrumbes, granizadas.	X
Riesgo Biomecanico: Posturas prolongadas, esfuerzos, movimientos repetitivos, manipulacion manual de carga, el estar mucho de tiempo sentado y de pie.	X	**Riesgo Quimico:** Polvos organicos, inorganicos, gases y vapores, material particulado, humus, metalicos y no metalicos.	X	**Riesgo Mecanico:** Aplastamiento, corte, atrapamiento, enganche, fricción o abrasión.	X

Acciones Preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular.
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.)
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 2.00 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente.
- Retirar a curiosos durante los procesos de excavación, de igual forma se prohibe que el personal de la obra se acerque a la maquinaria cuando se esté realizando excavación.
- Al instalar tuberia en una excavación con la ayuda de maquinaria idónea para tal fin como la retroexcavadora y guiada siempre por el inspector de obra o a quien se delegue dicha actividad.
- Esta prohibido tener combustibles en el frente de obra.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones (parar la actividad momentáneamente si es necesario, asegurar el paso de los transeúntes, etc.).
- Se debe prestar especial atencion a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energia, con el fin de dar el manejo. correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
- Es obligatorio portar dentro de la obra la Cédula de Ciudadanía.

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 medico de egreso que se realiza a la finalizacion de la relacion laboral, este tipo de examen medico tiene como objeto evaluar el estado de salud del trabajador al momento de finalizar la relación laboral con un empleador.

Yo CRISTIAN GONZALES identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1026568860 DE DE BOGOTÁ

conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE:** TOPOGRAFO

que pueden ocasionar efectos y daños a mi salud en caso de no cumplir con las normas de seguridad. Me comprometo a utilizar de forma

permanente y mantener en buen estado los equipos de protección personal que me han sido asignados. la cual se firma el día, 17-12-25

en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

ERICSON GUTIERREZ
Cordinador SG-SST

Scanned with CamScanner

Lugar: PUNTO CREA

Fecha: 17-12-25

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vínculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** ANMEDIPREL

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma:

Nombre: CRISTIAN CASTAÑO

Cédula: 1026568860

Scanned with CamScanner

CONSORCIO COCO	SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	BOGOTÁ
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	Versión: 01 Diciembre 2025

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: CRISTIAN GONZALES CARGO: TOPOGRAFO

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 17-12-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas En seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. **B.** Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. **C.** Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	**A.** Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. **B.** Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. **C.** Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	**A.** Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero **B.** Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo **C.** No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	**A.** Desviación de los procedimientos de trabajo seguro **B.** Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias			

Scanned with CamScanner

	C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	**A.** Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes **B.** Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador **C.** Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	**A.** Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo **B.** Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes **C.** Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	**A.** Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo **B.** Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) **C.** Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo CRISTIAN G. GONZALES Identificad@ con documento de identidad N° 1026568860 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de Seguridad, Salud en el Trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROCOM INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901359599**, aportó por **ANGELA PATRICIA CASTRO GOMEZ** identificado(a) con **CC** número **30321513** 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
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$10,000,000	0.16000	$1,600,000	$50,000	$50,000	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$10,000,000	0.04000	$400,000	$0	$0	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
EPS010	EPS Sura	1															0		30	$10,000,000	0.04000	$400,000	$0	$0	Diciembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1															0		30	$10,000,000	0.06960	$696,000	$0	$0	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **19** días del mes **Diciembre**de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: jueves, 29 de enero de 2026 12:59:29 PM

Período del informe: Desde el 01 de noviembre de 2025 hasta el 31 de enero de 2026

Pagada en horario 08/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE MIGUEL ALDANA AREVALO	**Sucursal**	01 PRINCIPAL
Documento	CC1024550603	**Dirección**	CALLE 15 NO 72 95
Tipo de Empresa		**Teléfono**	4248888
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades															Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1078255747	08/01/2026	202512	202601										X								27	27	27	27	230201	EPS008	14-11	CCF22	$5.104.876	$5.104.876	$5.104.876	$4.922.559	$816.800	$204.200	$355.300	$197.000	$0	$0	$0	$0	$1.573.300
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1078255747	08/01/2026	202512	202601														L				1	1	1	1	230201	EPS008	14-11	CCF22	$182.317	$182.317	$182.317	$182.317	$29.200	$7.300	$0	$7.300	$0	$0	$0	$0	$43.800
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1078255747	08/01/2026	202512	202601														X				2	2	2	2	230201	EPS008	14-11	CCF22	$364.634	$364.634	$364.634	$1.276.219	$58.400	$14.600	$0	$51.100	$0	$0	$0	$0	$124.100
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1077738192	09/12/2025	202511	202512																		30	30	30	30	230201	EPS008	14-11	CCF22	$5.469.510	$5.469.510	$5.469.510	$5.469.510	$875.200	$218.800	$380.700	$218.800	$0	$0	$0	$0	$1.693.500
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1076953466	06/11/2025	202510	202511																		30	30	30	30	230201	EPS008	14-11	CCF22	$5,469,510	$5,469,510	$5,469,510	$5,469,510	$875,200	$218,800	$380,700	$218,800	$0	$0	$0	$0	$1,693,500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	
2025-11	2025-11	I	24/11/2025	91692753	$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	
2025-11	2025-11	I	24/11/2025	91692753	$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	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	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
CC	10766686	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	Calle 29A No. 21A-30	3008143837	jorge.ibarrah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS		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	
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91996088	$608.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	261.900	0		0		0	0	0	0	261.900	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	335.300	0	0	0	0	0	0		335.300	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	11.000				11.000	0	0	11.000			110	11.000	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	261.900	261.900
Pensión	1	335.300	335.300
Riesgos Laborales	1	11.000	11.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	608.200	608.200

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
CC	10766686	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	Calle 29A No. 21A-30	3008143837	jorge.ibarrah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS		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	
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91996088	$608.200	

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	Exonerado	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	10766686	IBARRA HERNANDEZ JORGE ELIECER	59	0			N																	25-14	2.095.200	335.300	0	0	0	0	EPS010	2.095.200	261.900	14-23	2.095.200	1	11.000		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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024	Cra15 #93a84	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
					59	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	11/12/2025	92215798	$36.891.600	

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					
CCFC33	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	901543761-5	14.000	0		0		0	2	100	0	14.100	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	1.402.900	0		0		0	2	1.800	0	1.404.700	18
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.396.900	0		0		0	2	1.800	0	1.398.700	12
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	221.300	0		0		0	2	300	0	221.600	4
EPS010	EPS Sura	800088702-2	423.800	0		0		0	2	600	0	424.400	5
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	632.800	0		0		0	2	800	0	633.600	7
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	436.400	0		0		0	2	600	0	437.000	8
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	214.900	0		0		0	2	300	0	215.200	4

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	4.637.800	0	0	50.000	50.000	2	5.900	200	4.743.900	12
230301	Porvenir	800224808-8	10.737.700	0	0	0	0	2	13.600	0	10.751.300	36
231001	Colfondos	800227940-6	907.700	0	0	0	0	2	1.200	0	908.900	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.727.400	0	0	0	0	2	3.500	0	2.730.900	8

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.081.900				8.081.900	2	10.200	8.092.100			80.819	8.092.100	59

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	4.909.000	2	6.200	4.915.200	59

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	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
					59	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	11/12/2025	92215798	$36.891.600	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	8	4.743.000	4.749.300
Pensión	4	19.110.600	19.135.000
Riesgos Laborales	1	8.081.900	8.092.100
CCF	1	4.909.000	4.915.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	36.844.500	36.891.600

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	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
					59	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	11/12/2025	92215798	$36.891.600	

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	AYP	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	1000516593	PAZ HERNANDEZ LUIS CARLOS	1	0			S								X									230301	1.904.740	304.800	0	0	0	0	EPS002	1.904.740	76.200	14-11	1.904.740	5	132.600	CCF24	1.904.740	76.200	0	0	0	0	0
2	CC	1000783306	OJEDA CORTES KEVIN STEVEN	1	0			S		X						X									230201	1.021.793	163.500	0	0	0	0	EPS010	1.021.793	40.900	14-11	1.021.793	5	71.200	CCF24	1.591.193	63.700	0	0	0	0	0
3	CC	1000858732	GRISALES CORREA ERIKA FERNANDA	1	0			S		X															230301	949.000	151.900	0	0	0	0	EPS002	949.000	38.000	14-11	949.000	5	66.100	CCF24	1.336.192	53.500	0	0	0	0	0
4	CC	1001032434	GONZALEZ USUGA BRAYAN STEVEN	1	0			S								X									230301	1.874.410	300.000	0	0	0	0	EPS037	1.874.410	75.000	14-11	1.874.410	5	130.500	CCF24	1.874.410	75.000	0	0	0	0	0
5	CC	1001279393	SALAZAR CARDENAS YORMAIRA YARINSA	1	0			S								X									230201	1.678.274	268.600	0	0	0	0	EPS008	1.678.274	67.200	14-11	1.678.274	5	116.900	CCF24	1.678.274	67.200	0	0	0	0	0
6	CC	1005206217	NOVA GRANDAS DANIELA	1	0			S																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS037	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
7	CC	1005726074	DIAZ POLOCHE HELBER	1	0			S	X							X									230301	348.326	55.800	0	0	0	0	EPSC34	348.326	14.000	14-11	348.326	5	24.300	CCF24	348.326	14.000	0	0	0	0	0
8	CC	1006093665	ANGARITA JARA IVAN RENE	1	0			S		X						X									230301	1.238.148	198.200	0	0	0	0	EPS002	1.238.148	49.600	14-11	1.238.148	5	86.200	CCF24	1.453.571	58.200	0	0	0	0	0
9	CC	1006093665	ANGARITA JARA IVAN RENE	1	0			S									X								230301	47.451	7.600	0	0	0	0	EPS002	47.451	1.900	14-11	47.451	5	0	CCF24	47.451	0	0	0	0	0	0
10	CC	1006093665	ANGARITA JARA IVAN RENE	1	0			S									X								230301	47.451	7.600	0	0	0	0	EPS002	47.451	1.900	14-11	47.451	5	0	CCF24	47.451	0	0	0	0	0	0
11	CC	1006093665	ANGARITA JARA IVAN RENE	1	0			S									X								230301	94.901	15.200	0	0	0	0	EPS002	94.901	3.800	14-11	94.901	5	0	CCF24	94.901	0	0	0	0	0	0
12	CC	1006826004	SARAY FUENTES HAIDER STIVEN	1	0			S								X									230201	1.897.355	303.600	0	0	0	0	EPS002	1.897.355	75.900	14-11	1.897.355	5	132.100	CCF24	1.897.355	75.900	0	0	0	0	0
13	CC	1007114716	MUÑOZ TORRES EDWIN ANTONIO	1	0			S								X									230201	1.760.034	281.700	0	0	0	0	EPS005	1.760.034	70.500	14-11	1.760.034	5	122.500	CCF24	1.760.034	70.500	0	0	0	0	0
14	CC	1007467984	GAMBOA BERMUDEZ JHON STEVEN	1	0			S								X									230201	1.443.990	231.100	0	0	0	0	EPSC34	1.443.990	57.800	14-11	1.443.990	5	100.600	CCF24	1.443.990	57.800	0	0	0	0	0
15	CC	1007467984	GAMBOA BERMUDEZ JHON STEVEN	1	0			S									X								230201	241.024	29.000	0	0	0	0	EPSC34	241.024	0	14-11	241.024	5	0	CCF24	0	0	0	0	0	0	0
16	CC	1010218800	MONTENEGRO RAMIREZ EDWIN	1	0			S								X									230301	1.761.312	281.900	0	0	0	0	EPS002	1.761.312	70.500	14-11	1.761.312	5	122.600	CCF24	1.761.312	70.500	0	0	0	0	0
17	CC	1010218800	MONTENEGRO RAMIREZ EDWIN	1	0			S									X								230301	131.296	15.800	0	0	0	0	EPS002	131.296	0	14-11	131.296	5	0	CCF24	0	0	0	0	0	0	0
18	CC	1010223002	PORTELA RODRIGUEZ CARLOS ALFONSO	1	0			S		X															230301	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS008	1.700.000	68.000	14-11	1.700.000	5	118.400	CCF24	2.110.550	84.500	0	0	0	0	0
19	CC	1012346153	BORBON BRIÑEZ BRALLAN ESTIVEN	1	0			S								X									25-14	1.492.249	238.800	0	0	0	0	EPS002	1.492.249	59.700	14-11	1.492.249	5	103.900	CCF24	1.492.249	59.700	0	0	0	0	0
20	CC	1014180856	BERNAL FLOREZ CESAR AUGUSTO	1	0			S	X							X									230201	736.764	117.900	0	0	0	0	EPS002	736.764	29.500	14-11	736.764	5	51.300	CCF24	736.764	29.500	0	0	0	0	0
21	CC	1014231344	PERDOMO TRUJILLO ANYI KATERIN	1	0			S																	231001	2.150.000	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	86.000	14-11	2.150.000	5	149.700	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
22	CC	1014306746	VASQUEZ BERNAL HASBLEIDY NATALY	1	0			S								X									230301	1.685.419	269.700	0	0	0	0	EPSC34	1.685.419	67.500	14-11	1.685.419	5	117.400	CCF24	1.685.419	67.500	0	0	0	0	0
23	CC	1014306746	VASQUEZ BERNAL HASBLEIDY NATALY	1	0			S										X							230301	47.451	7.600	0	0	0	0	EPSC34	47.451	1.900	14-11	47.451	5	0	CCF24	47.451	0	0	0	0	0	0
24	CC	1022931809	CORREDOR GARCIA OSCAR ANDRES	1	0			S								X									231001	2.022.727	323.700	0	0	0	0	EPS010	2.022.727	81.000	14-11	2.022.727	5	140.800	CCF24	2.022.727	81.000	0	0	0	0	0
25	CC	1022949674	GONZALEZ CARRION FABIAN LEONARDO	1	0			S								X									230301	2.096.591	335.500	0	0	0	0	EPS017	2.096.591	83.900	14-11	2.096.591	5	146.000	CCF24	2.096.591	83.900	0	0	0	0	0
26	CC	1022950657	SANCHEZ PADILLA SANDRA MILENA	1	0			S								X									230301	1.831.947	293.200	0	0	0	0	EPS002	1.831.947	73.300	14-11	1.831.947	5	127.600	CCF24	1.831.947	73.300	0	0	0	0	0
27	CC	1022988249	RODRIGUEZ ROMERO HAROLD DANIEL	1	0			S								X									230201	1.840.036	294.500	0	0	0	0	EPSC34	1.840.036	73.700	14-11	1.840.036	5	128.100	CCF24	1.840.036	73.700	0	0	0	0	0
28	CC	1023903329	ARDILA VIZCAINO JUAN DAVID	1	0			S																	25-14	2.550.000	408.000	0	0	0	0	EPS002	2.550.000	102.000	14-11	2.550.000	5	177.500	CCF24	2.550.000	102.000	0	0	0	0	0
29	CC	1023926407	BARRETO DELGADO JESSICA PAOLA	1	0			S																	230301	3.733.333	597.400	0	0	0	0	EPS010	3.733.333	149.400	14-11	3.733.333	5	259.900	CCF24	3.733.333	149.400	0	0	0	0	0
30	CC	1023926407	BARRETO DELGADO JESSICA PAOLA	1	0			S										X							230301	266.668	42.700	0	0	0	0	EPS010	266.668	10.700	14-11	266.668	5	0	CCF24	266.668	0	0	0	0	0	0
31	CC	1024523401	AVILA QUIROGA JEISSON ANDRES	1	0			S								X									230201	1.886.542	301.900	0	0	0	0	EPS002	1.886.542	75.500	14-11	1.886.542	5	131.400	CCF24	1.886.542	75.500	0	0	0	0	0
32	CC	1031145002	BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID	1	0			S																	230201	4.300.000	688.000	0	0	0	0	EPS005	4.300.000	172.000	14-11	4.300.000	5	299.300	CCF24	4.300.000	172.000	0	0	0	0	0
33	CC	80820454	HERNANDEZ NIÑO NELSON ALBERTO	1	0			S																	230301	4.500.000	720.000	0	0	0	0	EPS017	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
34	CC	93152195	TOVAR LOAIZA NEIRO	1	0			S		X						X									25-14	1.343.293	215.000	0	0	0	0	EPS017	1.343.293	53.800	14-11	1.343.293	5	93.500	CCF24	1.884.698	75.400	0	0	0	0	0
35	CC	1030641488	CALDERON QUIÑONES BRAIAN CAMILO	1	0			S		X															230301	949.000	151.900	0	0	0	0	EPS010	949.000	38.000	14-11	949.000	5	66.100	CCF24	1.504.165	60.200	0	0	0	0	0
36	CC	1033780457	CRUZ RINCON MARIA FERNANDA	1	0			S																	25-14	2.150.000	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	86.000	14-11	2.150.000	5	149.700	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
37	CC	1067031269	CAMPUSANO VALLE DEINER	1	0			S								X									230301	1.888.564	302.200	0	0	0	0	EPS005	1.888.564	75.600	14-11	1.888.564	5	131.500	CCF24	1.888.564	75.600	0	0	0	0	0
38	CC	1049621328	PIRACHICAN PARRA JOHN EDISSON	1	0			S								X									230301	1.876.432	300.300	0	0	0	0	EPS005	1.876.432	75.100	14-11	1.876.432	5	130.600	CCF24	1.876.432	75.100	0	0	0	0	0
39	CC	52328935	TRIANA CARRERO MARTHA LILIANA	1	0			S																	25-14	3.296.667	527.500	0	0	0	0	EPS005	3.296.667	131.900	14-11	3.296.667	5	229.500	CCF24	3.296.667	131.900	0	0	0	0	0
40	CC	52328935	TRIANA CARRERO MARTHA LILIANA	1	0			S										X							25-14	764.470	122.400	0	0	0	0	EPS005	764.470	30.600	14-11	764.470	5	0	CCF24	764.470	0	0	0	0	0	0

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	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
					59	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	11/12/2025	92215798	$36.891.600	

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
41	CC	74376267	PUENTES RODRIGUEZ YECID JOAQUIN	1	0			S	X																230301	1.518.400	243.000	0	0	0	0	EPS017	1.518.400	60.800	14-11	1.518.400	5	105.700	CCF24	2.628.730	105.200	0	0	0	0	0
42	CC	74376267	PUENTES RODRIGUEZ YECID JOAQUIN	1	0			S										X							230301	189.801	30.400	0	0	0	0	EPS017	189.801	7.600	14-11	189.801	5	0	CCF24	189.801	0	0	0	0	0	0
43	CC	74376267	PUENTES RODRIGUEZ YECID JOAQUIN	1	0			S										X							230301	189.801	30.400	0	0	0	0	EPS017	189.801	7.600	14-11	189.801	5	0	CCF24	189.801	0	0	0	0	0	0
44	CC	75074775	CASTRO GOMEZ ANDRES MAURICIO	1	0			S								X									230301	2.593.750	415.000	0	0	0	0	EPS010	2.593.750	103.800	14-11	2.593.750	5	180.600	CCF24	2.593.750	103.800	0	0	0	0	0
45	CC	80132029	RODRIGUEZ RINCON JOHN ALEJANDRO	1	0			S																	230201	10.000.000	1.600.000	0	0	50.000	50.000	EPS005	10.000.000	400.000	14-11	10.000.000	5	696.000	CCF24	10.000.000	400.000	0	0	0	0	0
46	CC	80229640	GUTIERREZ SANCHEZ ERICSON HERNAN	1	0			S																	230301	4.300.000	688.000	0	0	0	0	EPS002	4.300.000	172.000	14-11	4.300.000	5	299.300	CCF24	4.300.000	172.000	0	0	0	0	0
47	CC	80245298	RESTREPO IZQUIERDO OSCAR LEONARDO	1	0			S																	25-14	2.550.000	408.000	0	0	0	0	EPS002	2.550.000	102.000	14-11	2.550.000	5	177.500	CCF24	2.550.000	102.000	0	0	0	0	0
48	CC	79652470	PRIETO BARBOSA LUIS ARMANDO	1	0			S	X																230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS017	3.000.000	120.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF24	3.774.000	151.000	0	0	0	0	0
49	CC	5969575	TRIANA GUTIERREZ ALEXANDER	1	0			S																	25-14	2.550.000	408.000	0	0	0	0	EPS037	2.550.000	102.000	14-11	2.550.000	5	177.500	CCF24	2.550.000	102.000	0	0	0	0	0
50	CC	19435441	VASQUEZ RUIZ JOSE FACCINY	1	0			S	X																230301	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS017	1.700.000	68.000	14-11	1.700.000	5	118.400	CCF24	2.213.400	88.600	0	0	0	0	0
51	CC	19457989	MENDOZA BERNAL BERNARDO	1	0			S	X							X									230301	1.629.545	260.800	0	0	0	0	EPS002	1.629.545	65.200	14-11	1.629.545	5	113.500	CCF24	2.099.345	84.000	0	0	0	0	0
52	CC	52133869	CARDENAS CARO ELVIA CECILIA	1	0			S								X									230301	1.912.828	306.100	0	0	0	0	EPS008	1.912.828	76.600	14-11	1.912.828	5	133.200	CCF24	1.912.828	76.600	0	0	0	0	0
53	CC	1065578614	ROJAS MOLINA DUVAL ARTURO	1	0			S								X									230301	2.125.000	340.000	0	0	0	0	EPS002	2.125.000	85.000	14-11	2.125.000	5	147.900	CCF24	2.125.000	85.000	0	0	0	0	0
54	CC	1070331538	SALGADO MOYANO JOHN EDISON	1	0			S								X									230301	1.707.661	273.300	0	0	0	0	EPS005	1.707.661	68.400	14-11	1.707.661	5	118.900	CCF24	1.707.661	68.400	0	0	0	0	0
55	CC	1070331538	SALGADO MOYANO JOHN EDISON	1	0			S										X							230301	47.451	7.600	0	0	0	0	EPS005	47.451	1.900	14-11	47.451	5	0	CCF24	47.451	0	0	0	0	0	0
56	CC	1098796015	SERRANO LIZARAZO MARIA JOSE	1	0			S	X																230301	933.333	149.400	0	0	0	0	EPS005	933.333	37.400	14-11	933.333	5	65.000	CCF24	1.383.333	55.400	0	0	0	0	0
57	CC	1098796015	SERRANO LIZARAZO MARIA JOSE	1	0			S													X				230301	266.667	42.700	0	0	0	0	EPS005	266.667	10.700	14-11	266.667	5	0	CCF24	266.667	10.700	0	0	0	0	0
58	CC	1106309176	URREGO URREGO FLAMINIO	1	0			S								X									230301	1.840.036	294.500	0	0	0	0	EPS037	1.840.036	73.700	14-11	1.840.036	5	128.100	CCF24	1.840.036	73.700	0	0	0	0	0
59	CC	1033822610	MUÑOZ SUAREZ WILLIAM GIOVANNY	1	0			S	X							X									230301	1.276.567	204.300	0	0	0	0	EPS017	1.276.567	51.100	14-11	1.276.567	5	88.900	CCF24	1.598.753	64.000	0	0	0	0	0
60	CC	1033761151	MARIN PERDOMO YUBARCID	1	0			S								X									230301	1.592.675	254.900	0	0	0	0	EPS037	1.592.675	63.800	14-11	1.592.675	5	110.900	CCF24	1.592.675	63.800	0	0	0	0	0
61	CC	1033761151	MARIN PERDOMO YUBARCID	1	0			S										X							230301	237.251	38.000	0	0	0	0	EPS037	237.251	9.500	14-11	237.251	5	0	CCF24	237.251	0	0	0	0	0	0
62	CC	1033779845	RODRIGUEZ GONZALEZ JOSE ORLANDO	1	0			S								X									230301	1.596.719	255.500	0	0	0	0	EPS005	1.596.719	63.900	14-11	1.596.719	5	111.200	CCF24	1.596.719	63.900	0	0	0	0	0
63	CC	1033779845	RODRIGUEZ GONZALEZ JOSE ORLANDO	1	0			S										X							230301	237.251	38.000	0	0	0	0	EPS005	237.251	9.500	14-11	237.251	5	0	CCF24	237.251	0	0	0	0	0	0
64	CC	80855128	RUSSI GUSTAVO	1	0			S																	230301	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS002	2.847.000	113.900	14-11	2.847.000	5	198.200	CCF24	2.847.000	113.900	0	0	0	0	0
65	CC	92530811	PEREZ MERCADO ROBERT LUIS	1	0			S	X							X									25-14	347.623	55.700	0	0	0	0	CCFC33	347.623	14.000	14-11	347.623	5	24.200	CCF24	347.623	14.000	0	0	0	0	0
66	CC	1073675138	REYES TOVAR PAULA ANDREA	1	0			S																	230301	2.150.000	344.000	0	0	0	0	EPS002	2.150.000	86.000	14-11	2.150.000	5	149.700	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
67	CC	1073700745	SANCHEZ AREVALO AURA CRISTINA	1	0			S	X																230201	237.250	38.000	0	0	0	0	EPS037	237.250	9.500	14-11	237.250	5	16.600	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
68	CC	1118572593	LEAL CAMARGO CARMEN KARINA	1	0			S	X																230301	1.935.000	309.600	0	0	0	0	EPS005	1.935.000	77.400	14-11	1.935.000	5	134.700	CCF24	1.935.000	77.400	0	0	0	0	0
69	CC	1053772794	GUARNIZO VALDES HUMBERTO	1	0			S	X																230301	333.333	53.400	0	0	0	0	EPS037	333.333	13.400	14-11	333.333	5	23.200	CCF24	333.333	13.400	0	0	0	0	0
70	CC	80425250	TIQUE PRADA JOSE LISANDRO	1	0			S								X									230301	1.524.073	243.900	0	0	0	0	EPS002	1.524.073	61.000	14-11	1.524.073	5	106.100	CCF24	1.524.073	61.000	0	0	0	0	0
71	CC	80205942	ROJAS MARIN JUAN GABRIEL	1	0			S	X																230301	237.250	38.000	0	0	0	0	EPS008	237.250	9.500	14-11	237.250	5	16.600	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
72	CC	1110553605	RIVERA RIVERA DAIRO ALEJANDRO	1	0			S	X																231001	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS002	1.500.000	60.000	14-11	1.500.000	5	104.400	CCF24	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
73	CC	1030604788	OSPINA GARCIA DAVID ALBEIRO	1	0			S	X																230301	237.250	38.000	0	0	0	0	EPS037	237.250	9.500	14-11	237.250	5	16.600	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROCOM INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901359599**, aportó por **HOLLMAN FARID HUERFANO OCAMPO** identificado(a) con **CC** número **1023878165** 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	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
EPS010	EPS Sura	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Diciembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1															0		30	$3,000,000	0.00522	$15,700	$0	$0	Noviembre - 2025	92216260	15/12/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **19** días del mes **Diciembre**de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROCOM INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901359599**, aportó por **ANGELA PATRICIA CASTRO GOMEZ** identificado(a) con **CC** número **30321513** 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 12 - 2025 y 01 - 2026 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
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$10,000,000	0.16000	$1,600,000	$50,000	$50,000	Diciembre - 2025	27107140	28/01/2026	Si
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$10,000,000	0.04000	$400,000	$0	$0	Diciembre - 2025	27107140	28/01/2026	Si
EPS010	EPS Sura	1															0		30	$10,000,000	0.04000	$400,000	$0	$0	Enero - 2026	27107140	28/01/2026	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1															0		30	$10,000,000	0.06960	$696,000	$0	$0	Diciembre - 2025	27107140	28/01/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Febrero** de **2026**

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	902010258-8	CONSORCIO COCO	carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49108651	05/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	$3,116,667	$1.428.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	389.600	0		0		0	48	11.800	0	401.400	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	498.700	0	0	0	0	48	15.100	0	513.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	217.000				217.000	48	6.600	223.600			2.170	223.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	124.700	48	3.800	128.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
62.400	48	1.900	64.300	1
ICBF				
93.600	48	2.900	96.500	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	389.600	401.400
Pensión	1	498.700	513.800
Riesgos Laborales	1	217.000	223.600
CCF	1	124.700	128.500
ESAP	0	0	0
ICBF	1	93.600	96.500
MEN	0	0	0
SENA	1	62.400	64.300
TOTALES	6	1.386.000	1.428.100

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	902010258-8	CONSORCIO COCO	carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		49108651	05/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	$3,116,667	$1.428.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 98388497	CASTRO GUERRERO JAVIER HERNANDO	1	0			N	X																25-14	3.116.667	22	498.700	0	0	0	0	EPS008	3.116.667	22	389.600	14-11	3.116.667	22	5	217.000	CCF24	3.116.667	22	124.700	3.116.667	62.400	93.600	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PAGOSIMPLE | Informe Histórico Resumido

Fecha de Creación del Informe: jueves, 29 de enero de 2026 12:59:29 PM

Período del informe: Desde el 01 de noviembre de 2025 hasta el 31 de enero de 2026

Pagada en horario 08/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE MIGUEL ALDANA AREVALO	**Sucursal**	01 PRINCIPAL
Documento	CC1024550603	**Dirección**	CALLE 15 NO 72 95
Tipo de Empresa		**Teléfono**	4248888
Tipo Persona		**Forma Presentación**	
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Información del Pago				Novedades															Administradoras								IBC				Liquidación de Aportes								
Identificación del Cotizante	Apellidos y Nombres	Referencia pago (PIN) / Número planilla	Fecha de Pago	Período de Cot.	Período Serv.	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	AFP	EPS	ARP	CCF	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Ministerio	TOTAL
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1078255747	08/01/2026	202512	202601										X								27	27	27	27	230201	EPS008	14-11	CCF22	$5.104.876	$5.104.876	$5.104.876	$4.922.559	$816.800	$204.200	$355.300	$197.000	$0	$0	$0	$0	$1.573.300
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1078255747	08/01/2026	202512	202601														L				1	1	1	1	230201	EPS008	14-11	CCF22	$182.317	$182.317	$182.317	$182.317	$29.200	$7.300	$0	$7.300	$0	$0	$0	$0	$43.800
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1078255747	08/01/2026	202512	202601														X				2	2	2	2	230201	EPS008	14-11	CCF22	$364.634	$364.634	$364.634	$1.276.219	$58.400	$14.600	$0	$51.100	$0	$0	$0	$0	$124.100
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1077738192	09/12/2025	202511	202512																		30	30	30	30	230201	EPS008	14-11	CCF22	$5.469.510	$5.469.510	$5.469.510	$5.469.510	$875.200	$218.800	$380.700	$218.800	$0	$0	$0	$0	$1.693.500
CC 1024550603	ALDANA AREVALO JOSE MIGUEL	1076953466	06/11/2025	202510	202511																		30	30	30	30	230201	EPS008	14-11	CCF22	$5,469,510	$5,469,510	$5,469,510	$5,469,510	$875,200	$218,800	$380,700	$218,800	$0	$0	$0	$0	$1,693,500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	10766686	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	Calle 29A No. 21A-30	3008143837	jorge.ibarrah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS		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	18/12/2025	92473110	$608.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	261.900	0		0		0	0	0	0	261.900	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	335.300	0	0	0	0	0	0		335.300	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	11.000				11.000	0	0	11.000			110	11.000	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	261.900	261.900
Pensión	1	335.300	335.300
Riesgos Laborales	1	11.000	11.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	608.200	608.200

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
CC	10766686	JORGE ELIECER IBARRA HERNANDEZ	Calle 29A No. 21A-30	3008143837	jorge.ibarrah@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOLÍVAR	CARTAGENA DE INDIAS		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	18/12/2025	92473110	$608.200	

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	10766686	IBARRA HERNANDEZ JORGE ELIECER	59	0			N																	25-14	2.095.200	335.300	0	0	0	0	EPS010	2.095.200	261.900	14-23	2.095.200	1	11.000		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
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
CC	80851640	JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL	CARR 77 C 64 H 21	4915199	afiliacionempresas.ss@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	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	50142310	$765.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	312.500	0		0		0	6	1.200	0	313.700	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	400.000	0	0	0	0	6	1.600	0	401.600	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	50.000	6	200	50.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	312.500	313.700
Pensión	1	400.000	401.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	50.000	50.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	762.500	765.500

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	80851640	JULIAN RICARDO BENAVIDES GIL		CARR 77 C 64 H 21	4915199	afiliacionempresas.ss@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	16/02/2026	50142310	$765.500	

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	80851640	BENAVIDES GIL JULIAN RICARDO	3	0			N	X																25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	312.500		0		0	CCF24	2.500.000	50.000	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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024	Cra15 #93a84	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
					51	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106548	$35.532.900	

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					
CCFC33	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	901543761-5	83.000	0		0		0	19	1.000	0	84.000	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	1.431.900	0		0		0	19	16.700	0	1.448.600	16
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.383.400	0		0		0	19	16.100	0	1.399.500	12
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	203.100	0		0		0	19	2.400	0	205.500	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	346.800	0		0		0	19	4.100	0	350.900	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	335.800	0		0		0	19	3.900	0	339.700	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	619.000	0		0		0	19	7.200	0	626.200	9
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	218.100	0		0		0	19	2.600	0	220.700	4

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	4.729.800	0	0	50.100	50.100	19	55.000	1.200	4.886.200	12
230301	Porvenir	800224808-8	9.131.600	0	0	0	0	19	106.000	0	9.237.600	28
231001	Colfondos	800227940-6	1.384.400	0	0	0	0	19	16.100	0	1.400.500	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.242.600	0	0	0	0	19	37.700	0	3.280.300	8

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.304.000				7.304.000	19	84.800	7.388.800			73.040	7.388.800	51

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	4.610.800	19	53.600	4.664.400	51

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	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
					51	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106548	$35.532.900	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	8	4.621.100	4.675.100
Pensión	4	18.588.600	18.804.600
Riesgos Laborales	1	7.304.000	7.388.800
CCF	1	4.610.800	4.664.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	35.124.500	35.532.900

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	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
					51	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106548	$35.532.900	

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	1000516593	PAZ HERNANDEZ LUIS CARLOS	1	0			S								X								230301	1.610.874	257.800	0	0	0	0	EPS002	1.610.874	64.500	14-11	1.610.874	5	112.200	CCF24	1.610.874	64.500	0	0	0	0	0
2	CC	1000516593	PAZ HERNANDEZ LUIS CARLOS	1	0			S												X				230301	317.457	50.800	0	0	0	0	EPS002	317.457	12.700	14-11	317.457	5	0	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
3	CC	1001032434	GONZALEZ USUGA BRAYAN STEVEN	1	0			S								X								230301	1.684.475	269.600	0	0	0	0	EPS037	1.684.475	67.400	14-11	1.684.475	5	117.300	CCF24	1.684.475	67.400	0	0	0	0	0
4	CC	1001032434	GONZALEZ USUGA BRAYAN STEVEN	1	0			S													X			230301	124.961	20.000	0	0	0	0	EPS037	124.961	5.000	14-11	124.961	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
5	CC	1001279393	SALAZAR CARDENAS YORMAIRA YARINSA	1	0			S								X								230201	1.686.497	269.900	0	0	0	0	EPS008	1.686.497	67.500	14-11	1.686.497	5	117.400	CCF24	1.686.497	67.500	0	0	0	0	0
6	CC	1001279393	SALAZAR CARDENAS YORMAIRA YARINSA	1	0			S													X			230201	111.885	18.000	0	0	0	0	EPS008	111.885	4.500	14-11	111.885	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
7	CC	1005206217	NOVA GRANDAS DANIELA	1	0			S																230201	1.866.667	298.700	0	0	0	0	EPS037	1.866.667	74.700	14-11	1.866.667	5	130.000	CCF24	1.866.667	74.700	0	0	0	0	0
8	CC	1005206217	NOVA GRANDAS DANIELA	1	0			S													X			230201	133.334	21.400	0	0	0	0	EPS037	133.334	5.400	14-11	133.334	5	0	CCF24	133.334	5.400	0	0	0	0	0
9	CC	1005726074	DIAZ POLOCHE HELBER	1	0			S								X								230301	1.742.979	278.900	0	0	0	0	EPSC34	1.742.979	69.800	14-11	1.742.979	5	121.400	CCF24	1.742.979	69.800	0	0	0	0	0
10	CC	1006826004	SARAY FUENTES HAIDER STIVEN	1	0			S								X								230201	1.358.256	217.400	0	0	0	0	EPS002	1.358.256	54.400	14-11	1.358.256	5	94.600	CCF24	1.358.256	54.400	0	0	0	0	0
11	CC	1006826004	SARAY FUENTES HAIDER STIVEN	1	0			S										X						230201	94.901	15.200	0	0	0	0	EPS002	94.901	3.800	14-11	94.901	5	0	CCF24	94.901	0	0	0	0	0	0
12	CC	1006826004	SARAY FUENTES HAIDER STIVEN	1	0			S													X			230201	316.226	50.600	0	0	0	0	EPS002	316.226	12.700	14-11	316.226	5	0	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
13	CC	1007114716	MUÑOZ TORRES EDWIN ANTONIO	1	0			S								X								230201	1.715.421	274.500	0	0	0	0	EPS005	1.715.421	68.700	14-11	1.715.421	5	119.400	CCF24	1.715.421	68.700	0	0	0	0	0
14	CC	1007114716	MUÑOZ TORRES EDWIN ANTONIO	1	0			S													X			230201	117.336	18.800	0	0	0	0	EPS005	117.336	4.700	14-11	117.336	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
15	CC	1007467984	GAMBOA BERMUDEZ JHON STEVEN	1	0			S	X															230201	47.450	7.600	0	0	0	0	EPSC34	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	219.219	8.800	0	0	0	0	0
16	CC	1010218800	MONTENEGRO RAMIREZ EDWIN	1	0			S								X								230301	1.726.533	276.300	0	0	0	0	EPS002	1.726.533	69.100	14-11	1.726.533	5	120.200	CCF24	1.726.533	69.100	0	0	0	0	0
17	CC	1010218800	MONTENEGRO RAMIREZ EDWIN	1	0			S													X			230301	126.174	20.200	0	0	0	0	EPS002	126.174	5.100	14-11	126.174	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
18	CC	1012346153	BORBON BRIÑEZ BRALLAN ESTIVEN	1	0			S								X								25-14	1.441.833	230.700	0	0	0	0	EPS002	1.441.833	57.700	14-11	1.441.833	5	100.400	CCF24	1.441.833	57.700	0	0	0	0	0
19	CC	1012346153	BORBON BRIÑEZ BRALLAN ESTIVEN	1	0			S													X			25-14	99.484	16.000	0	0	0	0	EPS002	99.484	4.000	14-11	99.484	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
20	CC	1014180856	BERNAL FLOREZ CESAR AUGUSTO	1	0			S								X								230201	1.572.297	251.600	0	0	0	0	EPS002	1.572.297	62.900	14-11	1.572.297	5	109.500	CCF24	1.572.297	62.900	0	0	0	0	0
21	CC	1014180856	BERNAL FLOREZ CESAR AUGUSTO	1	0			S										X						230201	113.348	13.700	0	0	0	0	EPS002	113.348	0	14-11	113.348	5	0	CCF24	0	0	0	0	0	0	0
22	CC	1014231344	PERDOMO TRUJILLO ANYI KATERIN	1	0			S																231001	2.006.667	321.100	0	0	0	0	EPS005	2.006.667	80.300	14-11	2.006.667	5	139.700	CCF24	2.006.667	80.300	0	0	0	0	0
23	CC	1014231344	PERDOMO TRUJILLO ANYI KATERIN	1	0			S													X			231001	143.334	23.000	0	0	0	0	EPS005	143.334	5.800	14-11	143.334	5	0	CCF24	143.334	5.800	0	0	0	0	0
24	CC	1014306746	VASQUEZ BERNAL HASBLEIDY NATALY	1	0			S								X								230301	1.648.079	263.700	0	0	0	0	EPSC34	1.648.079	66.000	14-11	1.648.079	5	114.800	CCF24	1.648.079	66.000	0	0	0	0	0
25	CC	1014306746	VASQUEZ BERNAL HASBLEIDY NATALY	1	0			S													X			230301	115.525	18.500	0	0	0	0	EPSC34	115.525	4.700	14-11	115.525	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
26	CC	1022931809	CORREDOR GARCIA OSCAR ANDRES	1	0			S																231001	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS010	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
27	CC	1022931809	CORREDOR GARCIA OSCAR ANDRES	1	0			S										X						231001	66.668	10.700	0	0	0	0	EPS010	66.668	2.700	14-11	66.668	5	0	CCF24	66.668	0	0	0	0	0	0
28	CC	1023926407	BARRETO DELGADO JESSICA PAOLA	1	0			S																230301	3.733.333	597.400	0	0	0	0	EPS010	3.733.333	149.400	14-11	3.733.333	5	259.900	CCF24	3.733.333	149.400	0	0	0	0	0
29	CC	1023926407	BARRETO DELGADO JESSICA PAOLA	1	0			S													X			230301	266.667	42.700	0	0	0	0	EPS010	266.667	10.700	14-11	266.667	5	0	CCF24	266.667	10.700	0	0	0	0	0
30	CC	1031145002	BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID	1	0			S																230201	3.583.333	573.400	0	0	0	0	EPS005	3.583.333	143.400	14-11	3.583.333	5	249.400	CCF24	3.583.333	143.400	0	0	0	0	0
31	CC	1031145002	BERMUDEZ MONCADA HERNAN DAVID	1	0			S													X			230201	716.667	114.700	0	0	0	0	EPS005	716.667	28.700	14-11	716.667	5	0	CCF24	716.667	28.700	0	0	0	0	0
32	CC	1033780457	CRUZ RINCON MARIA FERNANDA	1	0			S																25-14	1.791.667	286.700	0	0	0	0	EPS005	1.791.667	71.700	14-11	1.791.667	5	124.800	CCF24	1.791.667	71.700	0	0	0	0	0
33	CC	1033780457	CRUZ RINCON MARIA FERNANDA	1	0			S													X			25-14	358.334	57.400	0	0	0	0	EPS005	358.334	14.400	14-11	358.334	5	0	CCF24	358.334	14.400	0	0	0	0	0
34	CC	1049621328	PIRACHICAN PARRA JOHN EDISSON	1	0			S								X								230301	1.752.415	280.400	0	0	0	0	EPS005	1.752.415	70.100	14-11	1.752.415	5	122.000	CCF24	1.752.415	70.100	0	0	0	0	0
35	CC	1049621328	PIRACHICAN PARRA JOHN EDISSON	1	0			S													X			230301	125.096	20.100	0	0	0	0	EPS005	125.096	5.100	14-11	125.096	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
36	CC	1067031269	CAMPUSANO VALLE DEINER	1	0			S								X								230301	1.497.641	239.700	0	0	0	0	EPS005	1.497.641	60.000	14-11	1.497.641	5	104.300	CCF24	1.497.641	60.000	0	0	0	0	0
37	CC	1067031269	CAMPUSANO VALLE DEINER	1	0			S													X			230301	314.761	50.400	0	0	0	0	EPS005	314.761	12.600	14-11	314.761	5	0	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
38	CC	52328935	TRIANA CARRERO MARTHA LILIANA	1	0			S																25-14	4.300.000	688.000	0	0	0	0	EPS005	4.300.000	172.000	14-11	4.300.000	5	299.300	CCF24	4.300.000	172.000	0	0	0	0	0
39	CC	75074775	CASTRO GOMEZ ANDRES MAURICIO	1	0			S								X								230301	2.489.394	398.400	0	0	0	0	EPS010	2.489.394	99.600	14-11	2.489.394	5	173.300	CCF24	2.489.394	99.600	0	0	0	0	0
40	CC	75074775	CASTRO GOMEZ ANDRES MAURICIO	1	0			S													X			230301	172.917	27.700	0	0	0	0	EPS010	172.917	7.000	14-11	172.917	5	0	CCF24	133.334	5.400	0	0	0	0	0

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	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
					51	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106548	$35.532.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. 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
41	CC	80132029	RODRIGUEZ RINCON JOHN ALEJANDRO	1	0			S												X					230201	8.333.333	1.333.400	0	0	41.700	41.700	EPS005	8.333.333	333.400	14-11	8.333.333	5	580.000	CCF24	8.333.333	333.400	0	0	0	0	0
42	CC	80132029	RODRIGUEZ RINCON JOHN ALEJANDRO	1	0			S																	230201	1.666.667	266.700	0	0	8.400	8.400	EPS005	1.666.667	66.700	14-11	1.666.667	5	0	CCF24	1.666.667	66.700	0	0	0	0	0
43	CC	80229640	GUTIERREZ SANCHEZ ERICSON HERNAN	1	0			S																	230301	4.013.333	642.200	0	0	0	0	EPS002	4.013.333	160.600	14-11	4.013.333	5	279.400	CCF24	4.013.333	160.600	0	0	0	0	0
44	CC	52133869	CARDENAS CARO ELVIA CECILIA	1	0			S								X									230301	1.581.487	253.100	0	0	0	0	EPS008	1.581.487	63.300	14-11	1.581.487	5	110.100	CCF24	1.581.487	63.300	0	0	0	0	0
45	CC	5969575	TRIANA GUTIERREZ ALEXANDER	1	0			S																	25-14	2.380.000	380.800	0	0	0	0	EPS037	2.380.000	95.200	14-11	2.380.000	5	165.700	CCF24	2.380.000	95.200	0	0	0	0	0
46	CC	5969575	TRIANA GUTIERREZ ALEXANDER	1	0			S													X				25-14	170.000	27.200	0	0	0	0	EPS037	170.000	6.800	14-11	170.000	5	0	CCF24	170.000	6.800	0	0	0	0	0
47	CC	1106309176	URREGO URREGO FLAMINIO	1	0			S								X									230301	1.620.849	259.400	0	0	0	0	EPS037	1.620.849	64.900	14-11	1.620.849	5	112.900	CCF24	1.620.849	64.900	0	0	0	0	0
48	CC	1106309176	URREGO URREGO FLAMINIO	1	0			S										X							230301	47.451	7.600	0	0	0	0	EPS037	47.451	1.900	14-11	47.451	5	0	CCF24	47.451	0	0	0	0	0	0
49	CC	1106309176	URREGO URREGO FLAMINIO	1	0			S													X				230301	122.670	19.700	0	0	0	0	EPS037	122.670	5.000	14-11	122.670	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
50	CC	1033761151	MARIN PERDOMO YUBARCID	1	0			S									X								230301	1.507.751	241.300	0	0	0	0	EPS037	1.507.751	60.400	14-11	1.507.751	5	105.000	CCF24	1.507.751	60.400	0	0	0	0	0
51	CC	1033761151	MARIN PERDOMO YUBARCID	1	0			S													X				230301	304.988	48.800	0	0	0	0	EPS037	304.988	12.200	14-11	304.988	5	0	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
52	CC	1033779845	RODRIGUEZ GONZALEZ JOSE ORLANDO	1	0			S		X						X									230301	217.839	34.900	0	0	0	0	EPS005	217.839	8.800	14-11	217.839	5	15.200	CCF24	603.133	24.200	0	0	0	0	0
53	CC	1022949674	GONZALEZ CARRION FABIAN LEONARDO	1	0			S								X									230301	1.759.849	281.600	0	0	0	0	EPS017	1.759.849	70.400	14-11	1.759.849	5	122.500	CCF24	1.759.849	70.400	0	0	0	0	0
54	CC	1022949674	GONZALEZ CARRION FABIAN LEONARDO	1	0			S													X				230301	349.432	56.000	0	0	0	0	EPS017	349.432	14.000	14-11	349.432	5	0	CCF24	333.334	13.400	0	0	0	0	0
55	CC	1022950657	SANCHEZ PADILLA SANDRA MILENA	1	0			S								X									230301	1.471.354	235.500	0	0	0	0	EPS002	1.471.354	58.900	14-11	1.471.354	5	102.500	CCF24	1.471.354	58.900	0	0	0	0	0
56	CC	1022950657	SANCHEZ PADILLA SANDRA MILENA	1	0			S													X				230301	305.325	48.900	0	0	0	0	EPS002	305.325	12.300	14-11	305.325	5	0	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
57	CC	1022988249	RODRIGUEZ ROMERO HAROLD DANIEL	1	0			S								X									230201	1.582.565	253.300	0	0	0	0	EPSC34	1.582.565	63.400	14-11	1.582.565	5	110.200	CCF24	1.582.565	63.400	0	0	0	0	0
58	CC	1024523401	AVILA QUIROGA JEISSON ANDRES	1	0			S								X									230201	1.562.345	250.000	0	0	0	0	EPS002	1.562.345	62.500	14-11	1.562.345	5	108.800	CCF24	1.562.345	62.500	0	0	0	0	0
59	CC	1024523401	AVILA QUIROGA JEISSON ANDRES	1	0			S													X				230201	314.424	50.400	0	0	0	0	EPS002	314.424	12.600	14-11	314.424	5	0	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
60	CC	1070331538	SALGADO MOYANO JOHN EDISON	1	0			S		X						X									230301	1.221.029	195.400	0	0	0	0	EPS005	1.221.029	48.900	14-11	1.221.029	5	85.000	CCF24	1.521.388	60.900	0	0	0	0	0
61	CC	1023903329	ARDILA VIZCAINO JUAN DAVID	1	0			S																	25-14	2.380.000	380.800	0	0	0	0	EPS002	2.380.000	95.200	14-11	2.380.000	5	165.700	CCF24	2.380.000	95.200	0	0	0	0	0
62	CC	1023903329	ARDILA VIZCAINO JUAN DAVID	1	0			S													X				25-14	170.000	27.200	0	0	0	0	EPS002	170.000	6.800	14-11	170.000	5	0	CCF24	170.000	6.800	0	0	0	0	0
63	CC	1065578614	ROJAS MOLINA DUVAL ARTURO	1	0			S								X									230301	2.014.394	322.400	0	0	0	0	EPS002	2.014.394	80.600	14-11	2.014.394	5	140.300	CCF24	2.014.394	80.600	0	0	0	0	0
64	CC	1065578614	ROJAS MOLINA DUVAL ARTURO	1	0			S													X				230301	141.667	22.700	0	0	0	0	EPS002	141.667	5.700	14-11	141.667	5	0	CCF24	133.334	5.400	0	0	0	0	0
65	CC	52133869	CARDENAS CARO ELVIA CECILIA	1	0			S										X							230301	94.901	15.200	0	0	0	0	EPS008	94.901	3.800	14-11	94.901	5	0	CCF24	94.901	0	0	0	0	0	0
66	CC	52133869	CARDENAS CARO ELVIA CECILIA	1	0			S													X				230301	127.522	20.500	0	0	0	0	EPS008	127.522	5.200	14-11	127.522	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
67	CC	1022931809	CORREDOR GARCIA OSCAR ANDRES	1	0			S													X				231001	134.849	21.600	0	0	0	0	EPS010	134.849	5.400	14-11	134.849	5	0	CCF24	133.334	5.400	0	0	0	0	0
68	CC	80205942	ROJAS MARIN JUAN GABRIEL	1	0			S								X									230301	1.469.918	235.200	0	0	0	0	EPS008	1.469.918	58.800	14-11	1.469.918	5	102.400	CCF24	1.469.918	58.800	0	0	0	0	0
69	CC	79574426	GIL NARVAEZ NELSON	1	0			S	X																25-14	2.550.000	408.000	0	0	0	0	EPS005	2.550.000	102.000	14-11	2.550.000	5	177.500	CCF24	2.550.000	102.000	0	0	0	0	0
70	CC	79851357	MASMELA CASTAÑO HECTOR MANUEL	1	0			S	X																230301	1.785.000	285.600	0	0	0	0	EPS017	1.785.000	71.400	14-11	1.785.000	5	124.300	CCF24	1.785.000	71.400	0	0	0	0	0
71	CC	1073675138	REYES TOVAR PAULA ANDREA	1	0			S																	230301	2.150.000	344.000	0	0	0	0	EPS002	2.150.000	86.000	14-11	2.150.000	5	149.700	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
72	CC	1073700745	SANCHEZ AREVALO AURA CRISTINA	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
73	CC	1078827418	RODRIGUEZ BERMUDEZ LUIS ENRIQUE	1	0			S	X	X						X									230301	602.831	96.500	0	0	0	0	EPS037	602.831	24.200	14-11	602.831	5	42.000	CCF24	624.184	25.000	0	0	0	0	0
74	CC	1110553605	RIVERA RIVERA DAIRO ALEJANDRO	1	0			S																	231001	3.750.000	600.000	0	0	0	0	EPS002	3.750.000	150.000	14-11	3.750.000	5	261.000	CCF24	3.750.000	150.000	0	0	0	0	0
75	CC	1110553605	RIVERA RIVERA DAIRO ALEJANDRO	1	0			S													X				231001	750.000	120.000	0	0	0	0	EPS002	750.000	30.000	14-11	750.000	5	0	CCF24	750.000	30.000	0	0	0	0	0
76	CC	1118572593	LEAL CAMARGO CARMEN KARINA	1	0			S																	230301	1.791.667	286.700	0	0	0	0	EPS005	1.791.667	71.700	14-11	1.791.667	5	124.800	CCF24	1.791.667	71.700	0	0	0	0	0
77	CC	1118572593	LEAL CAMARGO CARMEN KARINA	1	0			S													X				230301	358.334	57.400	0	0	0	0	EPS005	358.334	14.400	14-11	358.334	5	0	CCF24	358.334	14.400	0	0	0	0	0
78	CC	5993029	CASTRO JARAMILLO JOSE MIGUEL	1	0			S	X																230201	960.000	153.600	0	0	0	0	EPS002	960.000	38.400	14-11	960.000	5	66.900	CCF24	960.000	38.400	0	0	0	0	0
79	CC	1030604788	OSPINA GARCIA DAVID ALBEIRO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
80	CC	1022988249	RODRIGUEZ ROMERO HAROLD DANIEL	1	0			S													X				230201	306.673	49.100	0	0	0	0	EPSC34	306.673	12.300	14-11	306.673	5	0	CCF24	237.250	9.500	0	0	0	0	0
81	CC	1053772794	GUARNIZO VALDES HUMBERTO	1	0			S								X									230301	2.045.455	327.300	0	0	0	0	EPS037	2.045.455	81.900	14-11	2.045.455	5	142.400	CCF24	2.045.455	81.900	0	0	0	0	0
82	CC	80229640	GUTIERREZ SANCHEZ ERICSON HERNAN	1	0			S													X				230301	286.667	45.900	0	0	0	0	EPS002	286.667	11.500	14-11	286.667	5	0	CCF24	286.667	11.500	0	0	0	0	0

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	901846534-0	CONSORCIOVIASCB2024		Cra15 #93a84	6014770190	Rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					51	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106548	$35.532.900	

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	Estornudo	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
83	CC	80245298	RESTREPO IZQUIERDO OSCAR LEONARDO	1	0			S												X					25-14	2.125.000	340.000	0	0	0	0	EPS002	2.125.000	85.000	14-11	2.125.000	5	147.900	CCF24	2.125.000	85.000	0	0	0	0	0
84	CC	80245298	RESTREPO IZQUIERDO OSCAR LEONARDO	1	0			S												X					25-14	425.000	68.000	0	0	0	0	EPS002	425.000	17.000	14-11	425.000	5	0	CCF24	425.000	17.000	0	0	0	0	0
85	CC	80820454	HERNANDEZ NIÑO NELSON ALBERTO	1	0			S																	230301	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS017	4.200.000	168.000	14-11	4.200.000	5	292.400	CCF24	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0
86	CC	80820454	HERNANDEZ NIÑO NELSON ALBERTO	1	0			S												X					230301	300.000	48.000	0	0	0	0	EPS017	300.000	12.000	14-11	300.000	5	0	CCF24	300.000	12.000	0	0	0	0	0
87	CC	80855128	RUSSI GUSTAVO	1	0			S																	230301	2.657.200	425.200	0	0	0	0	EPS002	2.657.200	106.300	14-11	2.657.200	5	185.000	CCF24	2.657.200	106.300	0	0	0	0	0
88	CC	80855128	RUSSI GUSTAVO	1	0			S												X					230301	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	7.600	14-11	189.800	5	0	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
89	CC	92530811	PEREZ MERCADO ROBERT LUIS	1	0			S								X									25-14	2.073.359	331.800	0	0	0	0	CCFC33	2.073.359	83.000	14-11	2.073.359	5	144.400	CCF24	2.073.359	83.000	0	0	0	0	0
90	CC	80425250	TIQUE PRADA JOSE LISANDRO	1	0			S								X									230301	1.193.986	191.100	0	0	0	0	EPS002	1.193.986	47.800	14-11	1.193.986	5	83.200	CCF24	1.193.986	47.800	0	0	0	0	0
91	CC	80425250	TIQUE PRADA JOSE LISANDRO	1	0			S												X					230301	254.013	40.700	0	0	0	0	EPS002	254.013	10.200	14-11	254.013	5	0	CCF24	237.250	9.500	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	901855501-6	CONSORCIO KA VIAL	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
					22	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	06/01/2026	92203948	$15.188.400	

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					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	73.300	0		0		0	35	1.700	0	75.000	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	696.900	0		0		0	35	15.300	0	712.200	8
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	252.000	0		0		0	35	5.600	0	257.600	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	87.700	0		0		0	35	2.000	0	89.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	181.500	0		0		0	35	4.000	0	185.500	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.100	0		0		0	35	4.000	0	182.100	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	258.000	0		0		0	35	5.700	0	263.700	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	180.000	0		0		0	35	4.000	0	184.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	68.300	0		0		0	35	1.500	0	69.800	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	1.847.200	0	0	0	0	35	40.500	0	1.887.700	5
230301	Porvenir	800224808-8	3.266.600	0	0	0	0	35	71.600	0	3.338.200	9
231001	Colfondos	800227940-6	259.200	0	0	0	0	35	5.700	0	264.900	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.238.800	0	0	0	0	35	49.100	0	2.287.900	6

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	3.347.800				3.347.800	35	73.400	3.421.200			33.478	3.421.200	22

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.924.000	35	42.200	1.966.200	22

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	901855501-6	CONSORCIO KA VIAL		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
					22	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	06/01/2026	92203948	$15.188.400	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
1.000	35	100	1.100	1
ICBF				
1.500	35	100	1.600	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	9	1.975.800	2.019.600
Pensión	4	7.611.800	7.778.700
Riesgos Laborales	1	3.347.800	3.421.200
CCF	1	1.924.000	1.966.200
ESAP	0	0	0
ICBF	1	1.500	1.600
MEN	0	0	0
SENA	1	1.000	1.100
TOTALES	17	14.861.900	15.188.400

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	901855501-6	CONSORCIO KA VIAL		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
					22	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	06/01/2026	92203948	$15.188.400	

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	Exonerado	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	1000775159	ANGARITA OLARTE YEIMY ALEJANDRA	1	0			S																	230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-4	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
2	CC	1002995875	ARAUJO MOLINA MARIA VICENTA	1	0			S																	230301	2.150.000	344.000	0	0	0	0	EPS037	2.150.000	86.000	14-4	2.150.000	5	149.700	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
3	CC	1014241034	SALOM PARRA JOHN SEBASTIAN	1	0			S																	230301	1.275.000	204.000	0	0	0	0	EPS017	1.275.000	51.000	14-4	1.275.000	5	88.800	CCF24	1.275.000	51.000	0	0	0	0	0
4	CC	1014241034	SALOM PARRA JOHN SEBASTIAN	1	0			S										X							230301	906.705	145.100	0	0	0	0	EPS017	906.705	36.300	14-4	906.705	5	0	CCF24	906.705	0	0	0	0	0	0
5	CC	1014476490	OVALLE PEÑA TATIANA VALENTINA	1	0			S																	230301	2.150.000	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	86.000	14-4	2.150.000	5	149.700	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
6	CC	1019155422	RAMOS ARRAIZ FRANKLIN EDUARDO	1	0			N	X																230201	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	6.000	14-4	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	47.450	1.000	1.500	0	0
7	CC	1033814089	HUERTAS MARROQUIN DAVID ALEJANDRO	1	0			S								X									230301	1.688.788	270.300	0	0	0	0	EPS010	1.688.788	67.600	14-4	1.688.788	5	117.600	CCF24	1.688.788	67.600	0	0	0	0	0
8	CC	1043980895	OLIVO PEÑA MOISES JOAQUIN	1	0			S								X									230301	1.831.139	293.000	0	0	0	0	CCFC55	1.831.139	73.300	14-4	1.831.139	5	127.500	CCF24	1.831.139	73.300	0	0	0	0	0
9	CC	1057598543	GOYENECHE RODRIGUEZ KELLY JOHANNA	1	0			S																	230301	4.300.000	688.000	0	0	0	0	EPS037	4.300.000	172.000	14-4	4.300.000	5	299.300	CCF24	4.300.000	172.000	0	0	0	0	0
10	CC	1067816960	SIERRA OÑATE SARAIMA PATRICIA	1	0			S																	230301	2.150.000	344.000	0	0	0	0	EPS002	2.150.000	86.000	14-4	2.150.000	5	149.700	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
11	CC	1097723043	CASTRO LONDOÑO LUIS EDUARDO	1	0			S	X																231001	1.620.000	259.200	0	0	0	0	EPS002	1.620.000	64.800	14-4	1.620.000	5	112.800	CCF24	1.620.000	64.800	0	0	0	0	0
12	CC	1118579454	PEÑA AMAYA JOHELVIS ENRIQUE	1	0			S								X									230301	1.844.080	295.100	0	0	0	0	EPS002	1.844.080	73.800	14-4	1.844.080	5	128.400	CCF24	1.844.080	73.800	0	0	0	0	0
13	CC	1120750763	VEGA BRAVO JORGE ANDRES	1	0			S																	230201	4.500.000	720.000	0	0	0	0	EPS041	4.500.000	180.000	14-4	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
14	CC	19125967	CASTELLANOS GARCIA MOISES	1	5			S								X										0	0	0	0	0	0	EPSC34	1.421.882	56.900	14-4	1.421.882	5	99.000	CCF24	1.421.882	56.900	0	0	0	0	0
15	CC	19125967	CASTELLANOS GARCIA MOISES	1	5			S																6		0	0	0	0	0	0	EPSC34	284.700	11.400	14-4	284.700	5	0	CCF24	284.700	0	0	0	0	0	0
16	CC	4148422	LEGUIZAMON PERILLA LUIS ALEJANDRO	1	0			S									X									25-14	1.640.260	262.500	0	0	0	0	EPS002	1.640.260	65.700	14-4	1.640.260	5	114.200	CCF24	1.640.260	65.700	0	0	0	0	0
17	CC	52457900	CADENA BELTRAN SANDRA PATRICIA	1	0			S																		25-14	4.500.000	720.000	0	0	0	0	EPS002	4.500.000	180.000	14-4	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
18	PT	5306000	NAVA GOMEZ JONATHAN ANTONIO	1	0			S									X									25-14	1.775.331	284.100	0	0	0	0	EPS002	1.775.331	71.100	14-4	1.775.331	5	123.600	CCF24	1.775.331	71.100	0	0	0	0	0
19	CC	53141064	OVALLE PEÑA LUZ MERY	1	0			S																	230201	2.150.000	344.000	0	0	0	0	EPS005	2.150.000	86.000	14-4	2.150.000	5	149.700	CCF24	2.150.000	86.000	0	0	0	0	0
20	CC	79701011	QUINTANILLA CAMACHO ARIEL	1	0			S									X									25-14	2.190.910	350.600	0	0	0	0	EPS008	2.190.910	87.700	14-4	2.190.910	5	152.500	CCF24	2.190.910	87.700	0	0	0	0	0
21	CC	79767916	ROJAS ARIZA WILSON FERNANDO	1	0			S									X									25-14	2.056.818	329.100	0	0	0	0	EPS002	2.056.818	82.300	14-4	2.056.818	5	143.200	CCF24	2.056.818	82.300	0	0	0	0	0
22	CC	79973228	ARAGON MARIO ANDRES	1	0			S									X									230301	2.119.318	339.100	0	0	0	0	EPS017	2.119.318	84.800	14-4	2.119.318	5	147.600	CCF24	2.119.318	84.800	0	0	0	0	0
23	CC	80060276	VASQUEZ SANCHEZ OSCAR ERNESTO	1	0			S																	230201	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS010	2.847.000	113.900	14-4	2.847.000	5	198.200	CCF24	2.847.000	113.900	0	0	0	0	0
24	CC	92188878	AVILES ACOSTA OMAR ANTONIO	1	0			S									X									25-14	1.827.903	292.500	0	0	0	0	EPS002	1.827.903	73.200	14-4	1.827.903	5	127.300	CCF24	1.827.903	73.200	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROCOM INGENIERIA SAS**, identificada con **NI** número **901359599**, aportó por **HOLLMAN FARID HUERFANO OCAMPO** identificado(a) con **CC** número **1023878165** 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 12 - 2025 y 01 - 2026 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	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Diciembre - 2025	27107140	28/01/2026	Si
EPS010	EPS Sura	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Enero - 2026	27107140	28/01/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Diciembre - 2025	27107140	28/01/2026	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1															0		30	$3,000,000	0.00522	$15,700	$0	$0	Diciembre - 2025	27107140	28/01/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Febrero** de **2026**

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	901851633-1	CONSORCIO SANPROTO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	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
					28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106061	$19.620.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	602.800	0		0		0	19	7.000	0	609.800	6
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	535.900	0		0		0	19	6.300	0	542.200	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	254.000	0		0		0	19	3.000	0	257.000	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	569.000	0		0		0	19	6.700	0	575.700	7
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	102.000	0		0		0	19	1.200	0	103.200	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	86.100	0		0		0	19	1.000	0	87.100	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	81.400	0		0		0	19	1.000	0	82.400	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	175.200	0		0		0	19	2.100	0	177.300	3
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	78.200	0		0		0	19	1.000	0	79.200	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	57.500	0		0		0	19	700	0	58.200	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	2.010.100	0	0	0	0	19	23.400	0	2.033.500	6
230301	Porvenir	800224808-8	6.269.000	0	0	40.000	40.000	19	72.800	1.000	6.422.800	16
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.885.200	0	0	0	0	19	21.900	0	1.907.100	6

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	4.007.000				4.007.000	19	46.600	4.053.600			40.070	4.053.600	28

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.601.300	19	30.200	2.631.500	28

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	901851633-1	CONSORCIO SANPROTO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	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
					28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106061	$19.620.600	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	10	2.542.100	2.572.100
Pensión	3	10.244.300	10.363.400
Riesgos Laborales	1	4.007.000	4.053.600
CCF	1	2.601.300	2.631.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	15	19.394.700	19.620.600

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	901851633-1	CONSORCIO SANPROTO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	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
					28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106061	$19.620.600	

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	1000007707	SOTTO YATE OVER STICK	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS017	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
2	CC	1000007707	SOTTO YATE OVER STICK	1	0			S												X					230301	200.000	32.000	0	0	0	0	EPS017	200.000	8.000	14-11	200.000	5	0	CCF24	200.000	8.000	0	0	0	0	0
3	CC	1000380852	PEÑA GONZALEZ JORGE ENRIQUE	1	0			S	X																25-14	2.310.000	369.600	0	0	0	0	EPS017	2.310.000	92.400	14-11	2.310.000	5	160.800	CCF24	3.469.400	138.800	0	0	0	0	0
4	CC	1000462901	RIVERA AVILA MARIA FERNANDA	1	0			S																	230301	1.720.000	275.200	0	0	0	0	EPS002	1.720.000	68.800	14-11	1.720.000	5	119.800	CCF24	1.720.000	68.800	0	0	0	0	0
5	CC	1000462901	RIVERA AVILA MARIA FERNANDA	1	0			S												X					230301	430.000	68.800	0	0	0	0	EPS002	430.000	17.200	14-11	430.000	5	0	CCF24	430.000	17.200	0	0	0	0	0
6	CC	1000936180	SILVA PUERTO ANGEL DANIEL	1	0			S	X							X									230301	928.241	148.600	0	0	0	0	EPSC34	928.241	37.200	14-11	928.241	5	64.700	CCF24	1.352.918	54.200	0	0	0	0	0
7	CC	1001048025	SANTAMARIA GONZALEZ ESTEBAN	1	0			S																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPSC34	1.600.000	64.000	14-11	1.600.000	5	111.400	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
8	CC	1001048025	SANTAMARIA GONZALEZ ESTEBAN	1	0			S												X					230301	406.250	65.000	0	0	0	0	EPSC34	406.250	16.300	14-11	406.250	5	0	CCF24	400.000	16.000	0	0	0	0	0
9	CC	1001174835	SANCHEZ CHACON EDWIN NORBEY	1	0			S																	230201	2.040.000	326.400	0	0	0	0	EPS002	2.040.000	81.600	14-11	2.040.000	5	142.000	CCF24	2.040.000	81.600	0	0	0	0	0
10	CC	1001174835	SANCHEZ CHACON EDWIN NORBEY	1	0			S												X					230201	510.000	81.600	0	0	0	0	EPS002	510.000	20.400	14-11	510.000	5	0	CCF24	510.000	20.400	0	0	0	0	0
11	CC	1004361762	CASTAÑEDA MEJIA FERNANDO JOSE	1	0			S																	230301	1.950.000	312.000	0	0	0	0	EPS017	1.950.000	78.000	14-11	1.950.000	5	135.800	CCF24	1.950.000	78.000	0	0	0	0	0
12	CC	1007423483	BUSTOS BUSTOS MAICOL ANDRES	1	0			S								X									230201	1.354.904	216.800	0	0	0	0	EPS017	1.354.904	54.200	14-11	1.354.904	5	94.400	CCF24	1.354.904	54.200	0	0	0	0	0
13	CC	1007423483	BUSTOS BUSTOS MAICOL ANDRES	1	0			S												X					230201	94.900	15.200	0	0	0	0	EPS017	94.900	3.800	14-11	94.900	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
14	CC	1007637186	MURCIA RIAÑO EDWIN ZAMIR	1	0			S								X									230201	1.342.139	214.800	0	0	0	0	ESSC24	1.342.139	53.700	14-11	1.342.139	5	93.500	CCF24	1.342.139	53.700	0	0	0	0	0
15	CC	1007637186	MURCIA RIAÑO EDWIN ZAMIR	1	0			S												X					230201	94.900	15.200	0	0	0	0	ESSC24	94.900	3.800	14-11	94.900	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
16	CC	1018460808	DIAZ CERCHIARO DUVAN JOSE	1	0			S																	230301	6.400.000	1.024.000	0	0	32.000	32.000	EPS005	6.400.000	256.000	14-11	6.400.000	5	445.500	CCF24	6.400.000	256.000	0	0	0	0	0
17	CC	1018460808	DIAZ CERCHIARO DUVAN JOSE	1	0			S												X					230301	1.600.000	256.000	0	0	8.000	8.000	EPS005	1.600.000	64.000	14-11	1.600.000	5	0	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
18	CC	1019101939	RODRIGUEZ FERNANDEZ CRISTIAN ANDRES	1	0			S																	230301	4.200.000	672.000	0	0	0	0	EPS002	4.200.000	168.000	14-11	4.200.000	5	292.400	CCF24	4.200.000	168.000	0	0	0	0	0
19	CC	1019101939	RODRIGUEZ FERNANDEZ CRISTIAN ANDRES	1	0			S												X					230301	300.000	48.000	0	0	0	0	EPS002	300.000	12.000	14-11	300.000	5	0	CCF24	300.000	12.000	0	0	0	0	0
20	CC	1022341629	VEGA HERRERA ABEL SADIR	1	0			S								X									230201	2.025.568	324.100	0	0	0	0	EPS008	2.025.568	81.100	14-11	2.025.568	5	141.000	CCF24	2.025.568	81.100	0	0	0	0	0
21	CC	1022950246	MENJURA CARO LAURA ALEJANDRA	1	0			S								X									25-14	1.758.346	281.400	0	0	0	0	EPS017	1.758.346	70.400	14-11	1.758.346	5	122.400	CCF24	1.758.346	70.400	0	0	0	0	0
22	CC	1022950246	MENJURA CARO LAURA ALEJANDRA	1	0			S												X					25-14	60.796	9.800	0	0	0	0	EPS017	60.796	2.500	14-11	60.796	5	0	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
23	CC	1022950246	MENJURA CARO LAURA ALEJANDRA	1	0			S												X					25-14	121.591	19.500	0	0	0	0	EPS017	121.591	4.900	14-11	121.591	5	0	CCF24	94.900	3.800	0	0	0	0	0
24	CC	1022974553	GAMBA MALAGON AGUSTIN	1	0			S									X								230301	1.880.872	301.000	0	0	0	0	EPS002	1.880.872	75.300	14-11	1.880.872	5	131.000	CCF24	1.880.872	75.300	0	0	0	0	0
25	CC	1022974553	GAMBA MALAGON AGUSTIN	1	0			S												X					230301	133.334	21.400	0	0	0	0	EPS002	133.334	5.400	14-11	133.334	5	0	CCF24	133.334	5.400	0	0	0	0	0
26	CC	1022998202	GUAYARA LOAIZA HAIDY CATERIN	1	0			S									X								230301	1.877.510	300.500	0	0	0	0	EPS002	1.877.510	75.200	14-11	1.877.510	5	130.700	CCF24	1.877.510	75.200	0	0	0	0	0
27	CC	1022998202	GUAYARA LOAIZA HAIDY CATERIN	1	0			S												X					230301	64.233	10.300	0	0	0	0	EPS002	64.233	2.600	14-11	64.233	5	0	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
28	CC	1033750244	RODRIGUEZ CRUZ KRISTIAN CAMILO	1	0			S																	230201	2.380.000	380.800	0	0	0	0	EPS037	2.380.000	95.200	14-11	2.380.000	5	165.700	CCF24	2.380.000	95.200	0	0	0	0	0
29	CC	1033750244	RODRIGUEZ CRUZ KRISTIAN CAMILO	1	0			S												X					230201	170.000	27.200	0	0	0	0	EPS037	170.000	6.800	14-11	170.000	5	0	CCF24	170.000	6.800	0	0	0	0	0
30	CC	1052042571	ORTEGA MATUTE MANUEL FAUSTINO	1	0			S									X								230301	1.823.994	291.900	0	0	0	0	ESSC07	1.823.994	73.000	14-11	1.823.994	5	127.000	CCF24	1.823.994	73.000	0	0	0	0	0
31	CC	1052042571	ORTEGA MATUTE MANUEL FAUSTINO	1	0			S												X					230301	128.736	20.600	0	0	0	0	ESSC07	128.736	5.200	14-11	128.736	5	0	CCF24	95.448	3.900	0	0	0	0	0
32	CC	1193601990	ORTEGA MATUTE LUIS FERNANDO	1	0			S									X								25-14	1.644.304	263.100	0	0	0	0	EPS048	1.644.304	65.800	14-11	1.644.304	5	114.500	CCF24	1.644.304	65.800	0	0	0	0	0
33	CC	1193601990	ORTEGA MATUTE LUIS FERNANDO	1	0			S												X					25-14	388.632	62.200	0	0	0	0	EPS048	388.632	15.600	14-11	388.632	5	0	CCF24	290.786	11.700	0	0	0	0	0
34	CC	1103713767	ACERO HERNANDEZ DIDIER ANDREY	1	0			S																	230301	2.006.667	321.100	0	0	0	0	EPS041	2.006.667	80.300	14-11	2.006.667	5	139.700	CCF24	2.006.667	80.300	0	0	0	0	0
35	CC	1103713767	ACERO HERNANDEZ DIDIER ANDREY	1	0			S												X					230301	143.334	23.000	0	0	0	0	EPS041	143.334	5.800	14-11	143.334	5	0	CCF24	143.334	5.800	0	0	0	0	0
36	PT	5836385	BERNAL RIVAS RAMON ISIDRO	1	0			S								X									25-14	1.841.114	294.600	0	0	0	0	EPS002	1.841.114	73.700	14-11	1.841.114	5	128.200	CCF24	1.841.114	73.700	0	0	0	0	0
37	PT	5836385	BERNAL RIVAS RAMON ISIDRO	1	0			S												X					25-14	64.638	10.400	0	0	0	0	EPS002	64.638	2.600	14-11	64.638	5	0	CCF24	47.529	2.000	0	0	0	0	0
38	CC	1032443367	RODRIGUEZ PINTO DAVID ENRIQUE	1	0			S																	230201	2.380.000	380.800	0	0	0	0	EPS005	2.380.000	95.200	14-11	2.380.000	5	165.700	CCF24	2.380.000	95.200	0	0	0	0	0
39	CC	1032443367	RODRIGUEZ PINTO DAVID ENRIQUE	1	0			S												X					230201	170.000	27.200	0	0	0	0	EPS005	170.000	6.800	14-11	170.000	5	0	CCF24	170.000	6.800	0	0	0	0	0

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	901851633-1	CONSORCIO SANPROTO		carrea 15 #93a-84	6014770190	rhprocom@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	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
					28	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	28/01/2026	27106061	$19.620.600	

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	Estornudo	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
40	CC	1092393528	MARTINEZ BERMUDEZ JIMMY	1	0			S								X								230301	2.148.295	343.800	0	0	0	0	EPS017	2.148.295	86.000	14-11	2.148.295	5	149.600	CCF24	2.148.295	86.000	0	0	0	0	0
41	CC	1092393528	MARTINEZ BERMUDEZ JIMMY	1	0			S												X					230301	504.546	80.800	0	0	0	0	EPS017	504.546	20.200	14-11	504.546	5	0	CCF24	400.000	16.000	0	0	0	0	0
42	CC	1026568860	GONZALEZ SILVA CRISTIAN GUSTAVO	1	0			S																	230301	2.657.200	425.200	0	0	0	0	EPS005	2.657.200	106.300	14-11	2.657.200	5	185.000	CCF24	2.657.200	106.300	0	0	0	0	0
43	CC	1026568860	GONZALEZ SILVA CRISTIAN GUSTAVO	1	0			S												X					230301	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS005	189.800	7.600	14-11	189.800	5	0	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
44	CC	1030685386	VASQUEZ ROJAS LAURA DANIELA	1	0			S																	25-14	2.006.667	321.100	0	0	0	0	EPS008	2.006.667	80.300	14-11	2.006.667	5	139.700	CCF24	2.006.667	80.300	0	0	0	0	0
45	CC	1030685386	VASQUEZ ROJAS LAURA DANIELA	1	0			S												X					25-14	143.334	23.000	0	0	0	0	EPS008	143.334	5.800	14-11	143.334	5	0	CCF24	143.334	5.800	0	0	0	0	0
46	CC	1073671367	SALAZAR BERNAL KEVIN YESID	1	0			S		X															230301	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS008	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.800	CCF24	990.282	39.700	0	0	0	0	0
47	PT	6415005	GIL GUTIERREZ DANIEL DAVID	1	0			S								X									230301	1.914.850	306.400	0	0	0	0	EPS017	1.914.850	76.600	14-11	1.914.850	5	133.300	CCF24	1.914.850	76.600	0	0	0	0	0
48	CC	80879642	ARIZA RONCANCIO VICTOR JHOAN	1	0			S								X									25-14	1.392.226	222.800	0	0	0	0	EPSC34	1.392.226	55.700	14-11	1.392.226	5	96.900	CCF24	1.392.226	55.700	0	0	0	0	0
49	CC	80879642	ARIZA RONCANCIO VICTOR JHOAN	1	0			S												X					25-14	47.720	7.700	0	0	0	0	EPSC34	47.720	2.000	14-11	47.720	5	0	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
50	CC	1193121196	PARRA LOZANO JHON ALEJANDRO	1	0			S		X															230301	1.266.667	202.700	0	0	0	0	EPS008	1.266.667	50.700	14-11	1.266.667	5	88.200	CCF24	1.391.334	55.700	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ANEXO N°3. CERTIFICADO PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL.

CONSORCIO COCO

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo Jotam Maestre Diab, identificado con la cedula de ciudadanía 1067958661 de Valledupar cesar en mi condición de Representante Legal del **CONSORCIO COCO** con Nit, 902010258-8 se encuentra al día con el pago de sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a la caja de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje y liquidaciones cuando a ello hubiere lugar, durante el periodo comprendido del 17 de diciembre de 2025 al 31 de enero de 2026.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C, a los treintaiún (31) días del mes de enero de 2026.

Cordialmente,



JOTAM MAESTRE DIAB

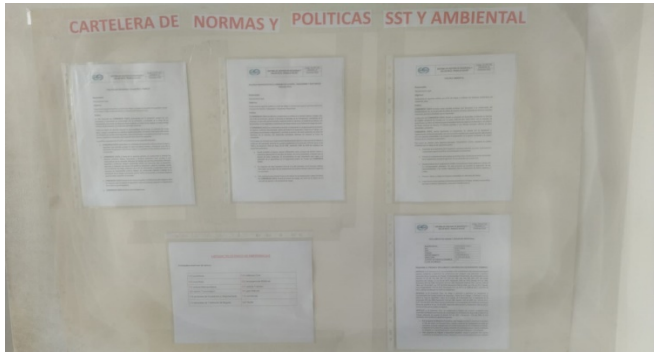
REPRESENTANTE LEGAL

CONSORCIO COCO

ANEXO N°4. REGISTRO FOTOGRÁFICO.

CONSORCIO	**EJECUTAR A MONTO AGOTABLE POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS, LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSTRUCCION Y/O CONSERVACIÓN Y/O MANTENIMIENTO Y/O REHABILITACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIA, ESPACIO PÚBLICO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA LOCALIDAD DE TUNJUELITO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C**		
CONTRATO N° 613 DE 2025	FECHA:	17 DICIEMBRE AL 31 DICIEMBRE 2025 1 ENERO AL 31 ENERO 2026	INFORME SST

REGISTRO FOTOGRÁFICO

		
INDUCCION AL PERSONAL DE INGRESO-PUNTO CREA	INSTALACION DE CARTELERAS INFORMATIVAS SST-AMBIENTAL-PUNTO CREA	INSTALACION DE CARTELERAS INFORMATIVAS SST-AMBIENTAL-PUNTO CREA
		
INSTALACION DEL KIT DE EMERGENCIAS-PUNTO CREA	INSTALACION DEL KIT DE EMERGENCIAS-PUNTO CREA	