# CONTINUACIÓN INFORME DE AVANCE DE OBRA No. 1

3902

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000002 - OFICINA, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1072262931 | MARTINEZ SUAREZ FRANCISCO GABRIEL | 09/08/2025 | | 190A2011 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522057414

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3903

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1072262931** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **ACCION SALUD PARA TODOS SAS** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **16/02/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 08 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

3909

porvenir
sólo hay uno

**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:

**FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.262.931**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

3905

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C78750675 | CHAVES FAJARDO JOSE DE LA CRUZ | 09/08/2025 | | n18431p2 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3906

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A**
**NIT 900.226.715 - 3**

**CERTIFICA:**

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

| | |
|---|---|
| Tipo y No. de documento: | CC 78750675 |
| Nombres: | JOSE DE LA CRUZ CHAVES FAJARDO |
| Tipo de afiliado: | Cotizante |
| Fecha de afiliación: | 2022-02-01 |
| Estado de afiliación: | Activo |
| Régimen: | Contributivo |
| Nivel Sisben: | |
| Departamento - Municipio: | CORDOBA MONTERIA |
| Tipo de Servicio | IPS |
| IPS Atención | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIDASINU |

**OBSERVACIONES:**
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2025-08-08 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-09-07

**CARLOS TORRES SALAZAR**
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

3907

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE DE LA CRUZ CHAVEZ FAJARDO , identificado(a) con C.C No. 78.750.675 ,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 8 de agosto del 2025.

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.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

3408

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1067846090 | VASQUEZ JIMENEZ LEONARDO FAVY | 09/08/2025 | | 13524938 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3409

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEONARDO FAVY VASQUEZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1067846090 seencuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 01/09/2024 |
| Estado de la Afiliación. | ACTIVO |
| IPS: | GESTAR SALUD DE COLOMBIA IPS S.A.S. |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto del año 2025.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**
Nueva EPS S.A

3910

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **VASQUEZ JIMENEZ LEONARDO FAVY** identificado(a) con **CC** número **1.067.846.090** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de octubre de 2009 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 08 de agosto de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3911

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1073810707 | CONTRERAS DORIA LUCIO RAMON | 09/08/2025 | | 2205241K | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3912

Bogotá, Agosto / 9 de 2025

Señor (a): LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA
CC. 1073810707
CALLE 44 N 1B 1
MONTERIA

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Abril / 1 de 2020, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL**
**SALUD TOTAL EPS-S S.A.**
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

3913

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.610.707**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3919

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1067924339 | LONDOÑO GOMEZ LUIS FELIPE | 09/08/2025 | | 168lw202 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3915

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **LUIS FELIPE LONDOÑO GOMEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1067924339** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1067924339 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | LUIS FELIPE LONDOÑO GOMEZ |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/02/2023 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 115 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 44 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **08/08/2025**

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

3916

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS FELIPE LONDOÑO GOMEZ , identificado(a) con C.C No. 1.067.924.339, 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 8 de agosto del 2025.

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.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

3917

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1000588442 | PERIÑAN TOUS MARIA ISABELLA | 09/08/2025 | | 38199199 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3918

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA ISABEL PERIÑAN TOUS identificado(a) con CC 1000588442 seencuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 01/11/2024 |
| Estado de la Afiliación. | ACTIVO |
| IPS: | GESTAR SALUD DE COLOMBIA IPS S.A.S. |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto del año 2025.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

3919

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MARIA ISABELLA PERIÑAN TOUS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.588.442**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

3920

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1067936343 | PEREZ DORIA RODRIGO JOSE | 09/08/2025 | | 72362524 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3921

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-001 - 0000000100 – 2025

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1067897814 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Pérez Doria, Rodrigo José |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Dependiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 04/01/2024 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Pérez Doria, Rodrigo José, a los 08 días del mes de agosto del año 2025.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

3922

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**RODRIGO JOSE PEREZ DORIA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.936.343**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3923

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C30666500 | DORIA ALVAREZ VIVIANA PATRICIA | 09/08/2025 | | 14019939 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3929

Bogotá, Agosto / 9 de 2025

Señor (a): VIVIANA PATRICIA DORIA ALVAREZ
CC. 30666500
CR 13 63 85 ED TO REAL
MONTERIA

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Septiembre / 1 de 2008, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL**
**SALUD TOTAL EPS-S S.A.**
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

3925

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **DORIA ALVAREZ VIVIANA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **30.666.500** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2021 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de agosto de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

3426

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C10773480 | BERROCAL POSADA WILLIAM MANUEL | 09/08/2025 | | 136h2472 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3927

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) WILLIAM MANUEL BERROCAL POSADA identificado(a) con CC 10773480 seencuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 26/05/2017 |
| Estado de la Afiliación. | ACTIVO |
| IPS: | U.T. SOLUCIONES INTEGRALES - MEDICINA INTEGRAL S.A. - TR1 |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto del año 2025.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

3928

porvenir
sólo hay uno

**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:

**WILLIAM MANUEL BERROCAL POSADA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.773.460**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3929

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1067897814 | RIVERA SANCHEZ ANDRES CAMILO | 09/08/2025 | | 44s44b16 | DEPENDIENTE | POR INICIAR 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:C509358872522075502

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.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3930

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1067897814** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1067897814 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/12/2023 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 79 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 44 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **08/08/2025**

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

3931

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.697.614**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

# AFILIACIONES ARL EPS Y AFP

# CONTRATISTA EDIFICAR

3932

ARL | sura

Medellín, 05 de Agosto 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C78747235 | SALAZAR RODRIGUEZ UBALDER NEIL | 06/08/2025 | | 06117423 | 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:C509358872521730568

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 05/08/2025 08:29:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3933

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

**CERTIFICA QUE:**

El 05/08/2025, el empleador EDIFICAR CRR SAS identificado con NIT 900966920 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

| Fecha de radicación | Tipo de solicitud |
|---|---|
| **05/08/2025** | Novedad de inicio relación laboral |

## DETALLE

| No. Formulario | Tipo Documento | Documento | Nombre Cotizante | IBC | Tipo Cotizante | Fecha Inicio Relación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4015125150 | CEDULA DE CIUDADANIA | 78747235 | UBALDER NEIL SALAZAR RODRIGUEZ | $ 1,423,500.00 | Dependiente | 06/08/2025 |

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes agosto del año 2025

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL**

3939

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) UBALDER NEI SALAZAR RODRIGUEZ , identificado(a) con C.C No. 78.747.235, 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 08 de agosto del 2025.

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.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

3935

ARL | sura

Medellín, 04 de August 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 EDIFICAR CRR 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: | 0000000003 LA FRANCIA 3 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1001590349 | CORTES JULIO TEOBALDO | 05/08/2025 | | 22'zL92O | 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 04/08/2025 20:24:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3936

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **TEOBALDO CORTES JULIO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1001590349** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **UT SALUD EN ACCION** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **04/08/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 04 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

39137

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**TEOBALDO CORTES JULIO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.590.349**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3938

ARL | sura

Medellín, 02 de Septiembre 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1067905703 | RAMOS VEGA PEDRO JOSE | 02/02/2025 | | 126E6362 | 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:C509358872524539647

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 02/09/2025 11:00:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.152.238, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3939

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **PEDRO JOSE RAMOS VEGA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1067905703** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **UT SALUD EN ACCION** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **19/07/2024** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de febrero del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

3490

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **RAMOS VEGA PEDRO JOSE** identificado(a) con **CC** número **1.067.905.703** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de julio de 2011 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 01 de febrero 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

3491

ARL | sura

Medellín, 05 de August 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 EDIFICAR CRR 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: | 0000000005 OBRA CANAL ALAMEDAS | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1073814344 | MARTINEZ GALEANO MAURICIO MANUEL | 06/08/2025 | | 3717592B | 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 05/08/2025 08:26:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3492

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MAURICIO MANUEL MARTINEZ GALEANO identificado(a) con CC 1073814344 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **01/06/2025** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **UNION TEMPORAL ANDAR PLUS - ANDAR 20 DE JULIO** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de agosto del año 2025.

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

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

3993

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MARTINEZ GALEANO MAURICIO MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.073.814.344** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de junio de 2007 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 05 de agosto de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3999

ARL | sura

Medellín, 09 de Enero 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - ARIA LIVING APARTAMENTOS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1003590582 | ARGUMEDO OVIEDO MAURICO JOSE | 08/01/2025 | | 13811B15 | 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:C509358872500981081

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 09/01/2025 22:31:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.166.85, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3495

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4013923400 | 0\|9\|0\|1\|2\|0\|2\|5 |

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

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afillacion | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| ARGUMEDO Primer apellido | OVIEDO Segundo apellido | MAURICIO Primer nombre | JOSE Segundo nombre |

| 9.Tipo documento de identidad | 10.Número del documento de identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1003590582 | Femenino ☒ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | 2\|6\|0\|1\|2\|0\|0\|3 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ | No ☒ |
|---|---|---|---|---|
| | | 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. | | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| URB MONTE ROBLE CA 54 | | 3117628111 | MAURICIO.ARGUMEDO@YAHOO.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| CORDOBA | MONTERIA | COL | 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 UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU | VSSINUCENT - VSUODPERLA |
| 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) |
|---|---|---|---|
| EDIFICAR CRR SAS | NIT | 900966920 | |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 32A N 35 35 Dirección | 7910115 Teléfono fijo o celular | ;CLAUANDRAPEREZ@HOTMAIL.COM Correo electrónico | CORDOBA Departamento | MONTERIA Municipio/distrito |

3996

| No de Radicacion |
|---|
| 4013923400 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- [x] 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
- [x] 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 pais.
- [x] 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\|7\|0\|1\|2\|0\|2\|5 | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. [ ] Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75. [ ] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76. [ ] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

**Apellidos y nombres**

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

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

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

## X.ANEXOS

82.Anexo Copia del documento de identidad: CN. [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [ ] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ] PT. [ ]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: 0

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

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

| 92. Identificación de la Entidad Territorial 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 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

3997

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**MAURICIO JOSE ARGUMEDO OVIEDO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.590.582**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

3498

ARL | sura

Medellín, 04 de Agosto 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - LA FRANCIA 3, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C78026764 | FUENTES MADERA LUIS ROBERTO | 05/08/2025 | | 16821722 | 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:C509358872521673570

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 04/08/2025 20:26:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3499

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4013907151 | 01/4/0/8/2/0/2/5 |

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

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| FUENTES Primer apellido | MADERA Segundo apellido | LUIS Primer nombre | ROBERTO Segundo nombre |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 78026764 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | 3/0/0/5/1/9/7/4 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ | No ☒ |
|---|---|---|---|---|
| | | 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. | | 1423500 | |

| 26.Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| CL 3 CR 5 RETIRO DE LOS INDIOS Dirección | Telefono fijo | 3007023670 Telefono celular | LUISFUENTESMADERA@YAHOO.COM Correo electronico |

| CORDOBA Departamento | MONTERIA Municipio/Distrito | 57 Localidad / comuna | zona | Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ 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 UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU | VSSINUCENT - VSUODPERLA |
| 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) |
|---|---|---|---|
| EDIFICAR CRR SAS | NIT | 900966920 | |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 32A N 35 35 Dirección | 7910115 Teléfono fijo o celular | ;CLAUANDRAPEREZ@HOTMAIL.COM Correo electrónico | CORDOBA Departamento | MONTERIA Municipio/distrito |

3950

| No de Radicacion |
|---|
| 4013907151 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- [X] 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
- [X] 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.
- [X] 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<br>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 |
|---|---|---|---|
| | 01/01/2025 | | |

## 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<br>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<br>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<br>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.**

3951

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **FUENTES MADERA LUIS ROBERTO** identificado(a) con **CC** número **78.026.764** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2007 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 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de agosto 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

3952

ARL | sura

Medellín, 05 de August 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 EDIFICAR CRR 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: | 0000000005 OBRA CANAL ALAMEDAS | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % |
| C1067846345 | PALACIOS CABALLERO JULIO CESAR | 06/08/2025 | | 195174LY | 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 05/08/2025 08:20:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3953

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIO CESAR PALACIOS CABALLERO identificado(a) con CC 1067846345 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **30/06/2022** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **SUBSIDIADO-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIDASINU** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de agosto del año 2025.

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

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

3954

Colfondos
del grupo HABITAT

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JULIO CESAR PALACIOS CABALLERO, identificado(a) con C.C No. 1.067.846.345, 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 15 de julio del 2025.

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.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

3955

ARL | sura

Medellín, 07 de Agosto 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C10783789 | CARABALLO PALOMINO JUAN CARLOS | 08/08/2025 | | 1J235186 | 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:C509358872521963357

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 07/08/2025 17:35:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3956

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JUAN CARLOS CARABALLO PALOMINO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **10783789** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **ACCION SALUD PARA TODOS SAS** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **16/02/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 07 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

3957

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JUAN CARLOS CARABALLO PALOMINO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.783.789**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3956

ARL | sura

Medellín, 05 de Agosto 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C77096161 | PAVA MARTINEZ JOSE MANUEL | 06/08/2025 | | 173R1263 | 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:C509358872521753102

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 05/08/2025 14:45:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3459

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015264943 | 0\|5\|0\|8\|2\|0\|2\|5 |



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

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

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

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

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afilado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afilado 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 | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: PAVA | Segundo apellido: MARTINEZ | Primer nombre: JOSE | Segundo nombre: MANUEL |

| 9.Tipo documento de identidad | 10.Número del documento de identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 77096161 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: COLOMBIA | Departamento: | Municipio: | 1\|6\|0\|3\|1\|9\|6\|3 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | SI ☐ | No ☒ |
|---|---|---|---|---|
| 5 | NINGUNA | 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. | | 1423500 | |

26.Residencia

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| MZ 17 LT 8 BRR CANTA CLARO | | 3127684111 | JOSEMANUELPAVA@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| CORDOBA | MONTERIA | 57 | 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 UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU | VSSINUCENT - VSUODPERLA |
| 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) |
|---|---|---|---|
| EDIFICAR CRR SAS | NIT | 900966920 | |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 32A N 35 35 Dirección | 7910115 Teléfono fijo o celular | ;CLAUANDRAPEREZ@HOTMAIL.COM Correo electrónico | CORDOBA Departamento | MONTERIA Municipio/distrito |

3960

| No de Radicacion |
|---|
| 4015264943 |



## 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<br>Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| 65.EPS anterior | 66.Fecha de Novedad<br>0\|6\|0\|8\|2\|0\|2\|5 | 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.
- 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<br>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<br>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<br>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, así como la veracidad de las demás información registrada.**

3961

Colfondos
del grupo HABITAT

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE MANUEL PAVA MARTINEZ , identificado(a) con C.C No. 77.096.161 , 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 08 de agosto del 2025.

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.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

3962

ARL | sura

Medellín, 02 de Septiembre 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C15646850 | CONTRERAS MARTINEZ JORGE LUIS | 07/01/2025 | | 253U1492 | 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:C509358872524539642

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 02/09/2025 11:00:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.152.238, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3963

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JORGE LUIS CONTRERAS MARTINEZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **15646850** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **MEDISINU IPS SAS** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **30/10/2024** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de septiembre del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

3964

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.234.508-3

# CERTIFICA QUE:

**JORGE LUIS CONTRERAS MARTINEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.646.850**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3965

ARL | sura

Medellín, 11 de August 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 EDIFICAR CRR 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: | 0000000005 OBRA CANAL ALAMEDAS | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C10930607 | MENDEZ HERNANDEZ JHON JAIRO | 12/08/2025 | | 16617433 | 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 11/08/2025 20:14:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3966

mutualser

Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JHON JAIRO MENDEZ HERNANDEZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **10930607** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **ACCION SALUD PARA TODOS SAS** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **21/07/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 11 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

3967

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 860.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JHON JAIRO MENDEZ HERNANDEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.930.607**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

3968

ARL | sura

Medellín, 11 de Agosto 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1064990343 | MENDOZA PAÑATE GERMAN ANTONIO | 12/08/2025 | | X13145lw | 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:C509358872522372670

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 11/08/2025 20:11:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3969

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **GERMAN ANTONIO MENDOZA PEÑATE** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1064990343** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **MEDISINU IPS SAS** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **16/07/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 11 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

3470

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**GERMAN ANTONIO MENDOZA PEÑATE,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.064.990.343**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3971

ARL | sura

Medellín, 05 de Agosto 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C79475733 | MORA BANDA FIDEL ANTONIO | 06/08/2025 | | 22175218 | 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:C509358872521753106

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 05/08/2025 14:45:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3972

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) FIDEL ANTONIO MORA BANDA identificado(a) con CC 79475733 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **26/05/2017** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **U.T. SOLUCIONES INTEGRALES - MEDICINA INTEGRAL S.A. - TR1** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de agosto del año 2025.

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

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

3973

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800 224 808-8

# CERTIFICA QUE:

**FIDEL ANTONIO MORA BANDA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.475.733**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

3979

ARL | sura

Medellín, 20 de Agosto 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1068577422 | GOMEZ RODRIGUEZ EMILIO JOSE | 21/08/2025 | | 16671526 | 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:C509358872523250039

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 20/08/2025 13:53:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3975

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/08/2025, el empleador EDIFICAR CRR SAS identificado con NIT número 900966920 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 9180010 | 20/08/2025 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1068577422 | EMILIOJOSE GOMEZ RODRIGUEZ | 1423500 | OBRERO DE CONSTRUCCION | 2025-08-21 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Agosto del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3476

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**EMILIO JOSE GOMEZ RODRIGUEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.068.577.422**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3977

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **EDWIN MEDINA MEDINA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **8168995** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **ACCION SALUD PARA TODOS SAS** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **12/03/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 05 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

3978

ARL | sura

Medellín, 05 de Agosto 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 EDIFICAR CRR 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: | | | Clase: | Porcentaje Cotización: | | |
| C8168995 | MEDINA MEDINA EDWIN | 06/08/2025 | | 22424515 | DEPENDIENTE | |

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:C509358872521730595

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 05/08/2025 08:29:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3979

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MEDINA MEDINA EDWIN** identificado(a) con **CC** número **8.168.995** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de agosto 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 05 de agosto de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3980

ARL | sura

Medellín, 11 de August 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 EDIFICAR CRR 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: | 0000000005 OBRA CANAL ALAMEDAS | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1067923283 | RAMIREZ SOLANO DIVIER ANTONIO | 12/08/2025 | | 92T172dS | 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 11/08/2025 20:08:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3981

Salud Total EPS

Bogotá, 11/08/2025

Señor(a)
DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO
C – 1067923283

**Referencia:** certificado radicación de afiliación
**Formulario No.:** 4015105698
**Fecha Radicación:** 07/14/2025

Apreciado afiliado:

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A., y nuestros agradecimientos por habernos escogido como su Entidad Promotora de Salud (EPS) de su preferencia.

Salud Total EPS-S S.A., certifica que su solicitud de afiliación y/o Novedad de la afiliación se encuentra radicada al Plan de Beneficios del Régimen Contributivo como trabajador dependiente de la empresa EDIFICAR CRR SAS N 900966920, bajo el tipo de cotizante C con una base de cotización para el 2025 de $ 1423500.

A continuación, relacionamos la información de los miembros del grupo familiar asociados a este formulario:

| Nombre y Apellido | Documento / Tipo | Fecha Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Parentesco | Sexo | Anexos pendientes |
|---|---|---|---|---|---|
| DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO | C | 07/28/1992 | COTIZANTE | M | |

**Información Afiliación**
EPS Anterior: NINGUNA
Posible inicio vigencia afiliación: 08/14/2025 **(sujeto a autorización de traslado)**

**Información Laboral**
Dirección Empleador: CR 32A N 35 35
Dirección Laboral: CR 32A N 35 35
Fondo de Pensiones:
Administradora Riesgos Profesionales: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
Fecha Ingreso a laborar(mm/dd/aaaa): 07/14/2025

Es importante que tenga en cuenta que este documento hace las veces de **copia de formulario de afiliación.** Recuerde que la información relacionada con los derechos y deberes se encuentra en la página web www.saludtotal.com.co. Si usted requiere algún tipo de información adicional puede comunicarse con el asesor que lo atendió, el Sr (a) LUIS FERNANDO NOVOA BUELVAS Código: N551, o dirigirse a la oficina de SALUD TOTAL EPS-S S.A. más cercana.

3982

Señor usuario, con el ánimo de brindar a usted y a sus beneficiarios un mejor servicio, le solicitamos por favor que los documentos relacionados como Anexos pendientes sean entregados

al asesor a la mayor brevedad. De Acuerdo al decreto 780 de 2016, estos documentos son parte integral de la afiliación y de no ser entregados pueden ocasionar la suspensión de la afiliación de los beneficiarios.

Descripción de anexos:

| Documentos exigidos | Cod. | Documentos exigidos | Cod. | Documentos exigidos | Cod. |
|---|---|---|---|---|---|
| Documento de identidad | A | Registro civil de matrimonio | B | Declaración extrajuicio de convivencia | C |
| Certificado de escolaridad (renovable cada periodo escolar) | F | Certificado de incapacidad permanente | G | Certificado de dependencia económica | H |
| Registro civil prueba de parentesco | S | Carta certificación representante legal | T | Carta contrato de aprendizaje | W |
| AFP para cotizantes cooperativas | 1 | ARP para cotizantes cooperativas | 2 | Certificación ARP | 11 |

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL**
**SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Si al momento de recibir esta comunicación, usted ya solucionó dicha situación, por favor haga caso omiso de esta información. ¿Sabía usted que, si nos suministra una dirección válida de correo electrónico, podemos comunicarnos de manera rápida, efectiva y, además, evitamos el uso exagerado de hojas de papel? Ingrese ya mismo a nuestra página WEB www.saludtotal.com.co, y en la opción "Te Escuchamos" registre la información que desea actualizar, y ayúdenos a preservar el planeta.

3983

porvenir
sólo hay uno

**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:

**DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.923.283**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3989

ARL | sura

Medellín, 11 de August 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 EDIFICAR CRR 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: | 0000000005 OBRA CANAL ALAMEDAS | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1007781142 | ARIAS AVILEZ CAMILO ANDRES | 12/08/2025 | | 55818832 | 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 11/08/2025 20:09:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3985

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 11/08/2025, el empleador EDIFICAR CRR SAS identificado con NIT número 900966920 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 9145101 | 11/08/2025 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1007781142 | CAMILOANDRES ARIAS AVILEZ | 1423500 | OBRERO DE CONSTRUCCION | 2025-08-12 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Agosto del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3986

porvenir
sólo hay uno

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

En su condicion de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800 224 808-4

# CERTIFICA QUE:

**CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.781.142**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

3987

ARL | sura

Medellín, 11 de Agosto 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 EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1064992791 | MENDOZA PEÑATE ALVEIRO JOSE | 12/08/2025 | | ²L221143 | 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:C509358872522372777

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 11/08/2025 20:12:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3988

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **ALVEIRO JOSE MENDOZA PEÑATE** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1064992791** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

| | |
|---|---|
| Estado Afiliado: | **Activo** |
| IPS de atención: | **MEDISINU IPS SAS** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha afiliación: | **16/07/2025** |
| Régimen: | **Contributivo** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 11 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

3989

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-6

# CERTIFICA QUE:

**ALVEIRO JOSE MENDOZA PEÑATE,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.064.992.791**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

# INDUCCION PERSONAL

3490

Alcaldía de
**MONTERÍA**

**FORMATOS DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE OBRA (PGIO)**

**FORMATO 20. REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES**

Contrato No: LPSIM012205 Contratista: Ingenio Urbano Mes: Agosto

Título de capacitación: Induccion

Descripción: Politicas

Registro de asistencia a capacitación

| Nombre empleado | Cargo | No. Identificación | Firma |
|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | | |
| Jorge Luis | Of | 15646850 | Jorge |
| Luis Fuentes | AY | 78026764 | Luis |
| Julio Polo | AX | 1067846345 | Julio P |
| Divier Ramirez. | Of. | 1067923283 | |
| German Hadad | Of | 1064940343 | |
| Alcides Morales | Of | 1064998791 | Alcides |
| Mario Martinez | Auxiliar | 10930607 | Mario M |
| emilio gomez | Ay | 1068378[illegible] | emilio |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Profesional SISOMA Interventoría

Profesional SISOMA de la Obra

# PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL OPERADOR DE LA RETROEXCAVADORA

aportes en línea

# Resumen General de Pago

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900092155 | 1 | EQUIPOS CORDOBA S.A.S. | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | DEPENDIENTES - COMFACOR | CLL30-2-08 | MONTERIA-CORDOBA | 7810798 | Si |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-08 | 1695691027 | 9490228422 | E | 2025/08/14 | 2025/08/12 | BANCOLOMBIA | 0 | $16,807,400 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: DEPENDIENTES - COMFACOR (34 Afiliados)** | | | | | | $58,695,703 | $9,393,000 | | | $58,695,703 | $2,349,900 | | | $53,406,521 | $2,138,200 | | | $58,695,703 | $2,926,300 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO ( 6 Afiliados)** | | | | | | $15,569,065 | $2,491,300 | | | $15,569,065 | $623,100 | | | $10,856,849 | $434,600 | | | $15,569,065 | $113,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA ( 6 Afiliados) | | | | | | $15,569,065 | $2,491,300 | | | $15,569,065 | $623,100 | | | $10,856,849 | $434,600 | | | $15,569,065 | $113,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1064990155 | COCUY YENNIFER | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS048 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $14,900 | 30 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 79790222 | GARCIA LIBARDO | 25-14 | 30 | $4,958,051 | $793,300 | EPS010 | 30 | $4,958,051 | $198,400 | CCF16 | 30 | $4,958,051 | $198,400 | 14-11 | 30 | $4,958,051 | $51,800 | 30 | $0 | $0 |
| 3 | CC | 1003248232 | GOMEZ MICHAELL | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $14,900 | 30 | $0 | $0 |
| 4 | CC | 92510297 | HERNANDEZ JORGE | 25-14 | 30 | $4,712,216 | $754,000 | EPS005 | 30 | $4,712,216 | $188,500 | CCF16 | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $4,712,216 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| 5 | CC | 1102885146 | MURILLO YURANIS | 230301 | 30 | $1,628,298 | $260,600 | EPS002 | 30 | $1,628,298 | $65,200 | CCF16 | 30 | $1,628,298 | $65,200 | 14-11 | 30 | $1,628,298 | $17,000 | 30 | $0 | $0 |
| 6 | CC | 1067944524 | POSSO ERLENDYS | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS041 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $14,900 | 30 | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: SURA ( 28 Afiliados)** | | | | | | $43,126,638 | $6,901,700 | | | $43,126,638 | $1,726,800 | | | $42,549,672 | $1,703,600 | | | $43,126,638 | $2,812,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA ( 28 Afiliados) | | | | | | $43,126,638 | $6,901,700 | | | $43,126,638 | $1,726,800 | | | $42,549,672 | $1,703,600 | | | $43,126,638 | $2,812,800 | | $0 | $0 |
| 7 | CC | 1064317995 | ANAYA JESUS | 230301 | 30 | $1,641,120 | $262,600 | EPS037 | 30 | $1,641,120 | $65,700 | CCF16 | 30 | $1,641,120 | $65,700 | 14-11 | 30 | $1,641,120 | $114,300 | 30 | $0 | $0 |
| 8 | CC | 1003191942 | ARGEL MARLENE | 230201 | 11 | $694,320 | $111,100 | CCFC55 | 11 | $694,320 | $27,800 | CCF16 | 11 | $694,320 | $27,800 | 14-11 | 11 | $694,320 | $0 | 11 | $0 | $0 |
| 9 | CC | 1003191942 | ARGEL MARLENE | 230201 | 19 | $1,199,280 | $191,900 | CCFC55 | 19 | $1,199,280 | $48,000 | CCF16 | 19 | $1,199,280 | $48,000 | 14-11 | 19 | $1,199,280 | $83,500 | 19 | $0 | $0 |
| 10 | CC | 1001243224 | ARRIETA ENOR | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS041 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 11 | CC | 1067915983 | BENITEZ HERNAN | 231001 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 12 | CC | 70530742 | BOTERO DARIO | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 13 | CC | 78709585 | BUELVAS SERGIO | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 14 | CC | 11032723 | COGOLLO DEIBER | 231001 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,300,000 | $52,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 15 | CC | 78744129 | FLOREZ MANUEL | 231001 | 30 | $1,523,833 | $243,900 | EPS002 | 30 | $1,523,833 | $61,000 | CCF16 | 30 | $1,523,833 | $61,000 | 14-11 | 30 | $1,523,833 | $106,100 | 30 | $0 | $0 |
| 16 | CC | 1067920269 | FURNIELES BENJAMIN | 231001 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 17 | CC | 1007682901 | GOMEZ KATTY | 230301 | 2 | $111,567 | $17,900 | EPS002 | 2 | $111,567 | $4,500 | CCF16 | 2 | $111,567 | $4,500 | 14-11 | 2 | $111,567 | $0 | 2 | $0 | $0 |
| 18 | CC | 1007682901 | GOMEZ KATTY | 230301 | 28 | $1,561,934 | $250,000 | EPS002 | 28 | $1,561,934 | $62,500 | CCF16 | 28 | $1,561,934 | $62,500 | 14-11 | 28 | $1,561,934 | $108,800 | 28 | $0 | $0 |
| 19 | CC | 1067845084 | HERAZO LINDA | 25-14 | 9 | $876,037 | $140,200 | EPS002 | 9 | $876,037 | $35,100 | CCF16 | 7 | $735,871 | $29,500 | 14-11 | 9 | $876,037 | $0 | 7 | $0 | $0 |
| 20 | CC | 1067845084 | HERAZO LINDA | 25-14 | 21 | $2,207,614 | $353,300 | EPS002 | 21 | $2,207,614 | $88,400 | CCF16 | 21 | $2,207,614 | $88,400 | 14-11 | 21 | $2,207,614 | $153,700 | 21 | $0 | $0 |
| 21 | CC | 1067858885 | LONDOÑO LADYS | 230301 | 29 | $1,376,050 | $220,200 | EPS002 | 29 | $1,376,050 | $55,100 | CCF16 | 29 | $1,376,050 | $55,100 | 14-11 | 29 | $1,376,050 | $95,800 | 29 | $0 | $0 |
| 22 | CC | 1067858885 | LONDOÑO LADYS | 230301 | 1 | $47,450 | $7,600 | EPS002 | 1 | $47,450 | $1,900 | CCF16 | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 1 | $47,450 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| 23 | CC | 1067880235 | LORA JAIME | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | ESSC07 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 24 | CC | 10773669 | MARTINEZ ELKIN | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS048 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 25 | CC | 10765920 | MOVILLA ALFONSO | 231001 | 30 | $1,523,833 | $243,900 | EPS005 | 30 | $1,523,833 | $61,000 | CCF16 | 30 | $1,523,833 | $61,000 | 14-11 | 30 | $1,523,833 | $106,100 | 30 | $0 | $0 |
| 26 | CC | 78751394 | NAVARRO JOSE | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 27 | CC | 78707978 | OJEDA CESAR | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 28 | CC | 1068425404 | ORTEGA JULIO | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 29 | CC | 1067854200 | PEREIRA NEMESIO | 231001 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 30 | CC | 11076902 | PEREZ PABLO | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 31 | CC | 1051448964 | QUINTANA ROBERTO | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 32 | CC | 1003713591 | RAMOS LUIS | 230201 | 3 | $142,350 | $22,800 | EPS037 | 3 | $142,350 | $5,700 | CCF16 | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 3 | $142,350 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| 33 | CC | 1003713591 | RAMOS LUIS | 230201 | 27 | $1,281,150 | $205,000 | EPS037 | 27 | $1,281,150 | $51,300 | CCF16 | 27 | $1,281,150 | $51,300 | 14-11 | 27 | $1,281,150 | $89,200 | 27 | $0 | $0 |
| 34 | CC | 1067852313 | RAMOS OMAR | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | ESSC07 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 35 | CC | 1041260742 | TORRES OSNAIDER | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |



2025/08/12 10:12 AM

aportes en línea

## Resumen General de Pago

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 36 | CC 1007608507 | VARGAS ALEXIS | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | ESSC07 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 37 | CC 1071352688 | VERTEL DAIRO | 230301 | 30 | $1,893,600 | $303,000 | EPS048 | 30 | $1,893,600 | $75,800 | CCF16 | 30 | $1,893,600 | $75,800 | 14-11 | 30 | $1,893,600 | $131,800 | 30 | $0 | $0 |
| 38 | CC 15645609 | VIAAA JOSE | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS037 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | CCF16 | 30 | $1,423,500 | $57,000 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $99,100 | 30 | $0 | $0 |
| 39 | CC 10932269 | VIAÑA OSCAR | 230301 | 12 | $569,400 | $91,200 | EPS048 | 12 | $569,400 | $22,800 | CCF16 | 12 | $569,400 | $22,800 | 14-11 | 12 | $569,400 | $39,700 | 12 | $0 | $0 |
| 40 | CC 10932269 | VIAÑA OSCAR | 230301 | 18 | $854,100 | $136,700 | EPS048 | 18 | $854,100 | $34,200 | CCF16 | 18 | $854,100 | $34,200 | 14-11 | 18 | $854,100 | $0 | 18 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 34)** | | | | **$58,695,703** | **$9,393,000** | | | **$58,695,703** | **$2,349,900** | | | **$53,406,521** | **$2,138,200** | | | **$58,695,703** | **$2,926,300** | | **$0** | **$0** |

3992



2025/08/12 10:12 AM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900092155 | 1 | EQUIPOS CORDOBA S.A.S. | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | DEPENDIENTES - COMFACOR | CLL30-2-08 | MONTERIA-CORDOBA | 7810798 | SI |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-08 | 1695691027 | 9490228422 | E | 2025/08/14 | 2025/08/12 | BANCOLOMBIA | 0 | $16,807,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 34 | $9,393,000 | $0 | $0 | $9,393,000 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 6 | $1,399,000 | $0 | $0 | $1,399,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 3 | $2,040,800 | $0 | $0 | $2,040,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 19 | $4,511,200 | $0 | $0 | $4,511,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 6 | $1,442,000 | $0 | $0 | $1,442,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 34 | $2,926,300 | $0 | $0 | $2,926,300 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 34 | $2,926,300 | $0 | $0 | $2,926,300 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 34 | $2,138,200 | $0 | $0 | $2,138,200 |
| COMFACOR | CCF16 | 891,080,005 | 1 | 34 | $2,138,200 | $0 | $0 | $2,138,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 8) | | | | 34 | $2,349,900 | $0 | $0 | $2,349,900 |
| CAJACOPI | CCFC55 | 901,543,211 | 6 | 1 | $75,800 | $0 | $0 | $75,800 |
| EPS MUTUAL SER | EPS048 | 806,008,394 | 7 | 4 | $246,800 | $0 | $0 | $246,800 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $198,400 | $0 | $0 | $198,400 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 3 | $171,000 | $0 | $0 | $171,000 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 3 | $179,700 | $0 | $0 | $179,700 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 2 | $114,000 | $0 | $0 | $114,000 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 13 | $829,700 | $0 | $0 | $829,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 7 | $534,500 | $0 | $0 | $534,500 |
| TOTAL | | | | 34 | $16,807,400 | $0 | $0 | $16,807,400 |



2025/08/12 10:12 AM

3993

# ACTA DE NOMBRAMIENTO

# RESPONSABLE SGSST

3999

| CONSORCIO INGENIO URBANO | ACTA DE DESIGNACION RESPONSABLE SGSST | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

## ACTA DE NOMBRAMIENTO DEL RESPONSABLE EN EL SG-SST

El día 11 de agosto del 2025, ROSA MILENA GOMEZ CELIS identificada con cedula número de cedula 1.067.884.783 de Montería, actuando como Representante Legal de CONSORCIO INGENIO URBANO con Nit 901963264-8 , decide de acuerdo con la Resolución 0312 de 2019 en el artículo 3 y 4, y en el Anexo técnico de la Resolución 0312 Ítem 1.1.1, nombrar al responsable en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Este cargo será asumido por el señor LEONARDO FAVY VASQUEZ JIMENEZ, identificado(a) con cedula N° 1.067.846.090 de Montería, con licencia Resolución N° 202530001003 12 de marzo de 2025 expedida por la gobernación de Córdoba.

REPRESENTANTE LEGAL

# MATRIZ DE RIESGOS

Alcaldía de
**MONTERÍA**

## MATRIZ 3 - RIESGOS

'ara el presente procedimiento contractual, en atención a la Ley 1150 de 2007 y los artículos 2.2.1.1.1.3.1 y 2.2.1.1.1.6.3. del Decreto 1082 de 2015, entiéndase por Riesgo la probabilidad e ocurrencia de eventos aleatorios que afecten el desarrollo del mismo, generando una variación sobre el resultado esperado, tanto en relación con los costos como con las actividades desarrollar en la ejecución contractual.

:orresponderá al contratista seleccionado la asunción del Riesgo previsible propio de este tipo de contratación asumiendo su costo, siempre que el mismo no se encuentre expresamente cargo de la entidad en el contrato.

)e acuerdo con procedimiento de la referencia, nos permitimos establecer la tipificación, estimación y asignación de los riesgos previsibles que puedan afectar el presente procedimiento.

**Matriz de Riesgos**

**INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA Y CONTABLE A LA CONSTRUCCIÓN DE PARQUE LINEAL UBICADO EN LA CALLE 44 ENTRE LA CARRERA 2DA Y 4TA EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA.**

| No. | Clase | Fuente | Etapa | Tipo de Riesgo | Descripcion (Que puede pasar y como puede ocurrir) | Consecuencia de ocurrencia del evento | Probabilidad | Impacto | Valoración | Categoria | A QUIEN SE ASIGNA | | TRATAMIENTO/CONTROL A SER IMPLEMENTADO | IMPACTO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO | | | | AFECTA LA EJECUCION DEL CONTRATO | RESPONSABLE POR IMPLEMENTAR EL TRATAMIENTO | FECHA EN QUE SE INICIA EL TRATAMIENTO | FECHA EN QUE SE COMPLETA EL TRATAMIENTO | MONITOREO Y REVISIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | MUNICIPIO | PROPONENTE Y/O CONTRATISTA | | PROBABILIDAD | IMPACTO | VALORACION | CATEGORIA | | | | | ¿CÓMO SE REALIZA EL MONITOREO? | PERIODICIDAD |


Centro Verde de la Ciudad Carrera 1W No. 32A-49 Montería – Córdoba Tel. 791 0720 www.monteria.gov.co

395

Alcaldía de
**MONTERÍA**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | General | Externo | Ejecución | Riesgo de la naturaleza | Climáticos: Se refiere a los perjuicios ocasionados por cambios en la naturaleza, lluvias intensas, desbordamientos, derrumbes en los sitios o zonas de afectación de las obras. | Posible ausentismo del personal de interventoría a las obras | 3 | 2 | 5 | Riesgo Medio | | X | El contratista de Interventoría, deberá garantizar la presencia de sus colaboradores en las obras y zonas de influencia de las mismas | 3 | 1 | 4 | Riesgo Bajo | SI | contratista interventor | Al inicio de la manifestación del riesgo | A la terminación de la ocurrencia del evento | A la terminación de la ocurrencia del evento | Mantener al día los reportes asociados al clima y el estado de las obras. |
| 2 | General | Externo | Ejecución | Riesgo Sociales o Políticos | Orden público: Posible alteración social u ocurrencia de actos terroristas, paros, huelgas y demás que afecten el orden público y se situen en la zona de influencia de las obras, no obstante el contratista Interventor conoce que las obras objeto de interventoria se realizarán en zonas de mayor conflicto. (Zonas ZOMAC). | Imposibilidad de realizar las labores de Interventoria | 3 | 2 | 5 | Riesgo Medio | X | X | Solicitar y disponer de Información confiable sobre aspectos de orden público en la zonas y vías de influencia de las obras. Trabajo a cargo del Contratista, solicitud de Gestión con las autoridades competentes. Establecer planes de contingencia. | 1 | 1 | 2 | Riesgo Bajo | SI | contratista interventor, Entes Contratantes | Al inicio de la manifestación del riesgo | A la terminación de la ocurrencia del evento | A la terminación de la ocurrencia del evento | A partir de la información oficial, información del Interventor, del Contratista, se determinan acciones a seguir, para procurar la menor afectación al proyecto. |



3896

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Especifico | Externo | Ejecucion | Riesgo Operacional | Necesidad de realizar ajustes al proyecto de Inversión. | Retraso en las ejecuciones contractuales de obra e interventoria | 4 | 3 | 6 | Riesgo Alto | | X | El contratista Interventor deberá realizar el seguimiento adecuado, oportuno e insistente para que el Ente público contratante de la obras, dé cumplimiento a los procedimientos de ajuste. Las demoras en los cronogramas ocasionados por las modificaciones en diseños, no será factor de reconocimiento de mayores gastos de la Interventoría. | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | SI | contratista interventor | Al inicio de la manifestación del riesgo | A la terminación de la ocurrencia del evento | A la terminación de la ocurrencia del evento | Verificación de la documentación técnica que soporta el Proyecto de Inversión |



394

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | General | Externo | Ejecucion | Riesgo Economico | Ajustes ocasionados durante la ejecución del contrato: Consiste en la posibilidad que el contratista de Interventoría, solicite a EL MUNICIPIO el reconocimiento y pago de mayores gastos por cambio de vigencia durante el tiempo de ejecución del contrato, en ocasión a cambios de vigencias por periodos largos de suspersión. Los gastos están representados en costo de insumos, tarifas, equipos, asesorías, sueldos (A excepción los de salario mínimo), honorarios, etc, regulados y no regulados por el Gobierno. | Espectativa financiera desfavorable para el contratista Interventor. | 4 | 3 | 7 | Riesgo Alto | | X | El contratista interventor, deberá realizar cuidadosamente el cálculo de sus gastos y costos y proyectarlos hasta para tres vigencias conservando las mismas tarifas, esto en razón a que EL MUNICIPIO no reconocerá incremento alguno diferente a los establecidos en el contrato. | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | SI | contratista interventor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Seguimiento permanente al control de gastos |
| 5 | General | Externo | Selección - Ejecucion | Riesgo Economico - Riesgo Operacional | Factor Multiplicador y Precios Por debajo del Presupuesto Oficial en la propuesta: del PROPONENTE y/o INTERVENTOR | Impacto económico al Interventor | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | | X | Implementacion de Controles en la Fase contractual que aseguren la eficiencia del Interventor en la ejecución del contrato conforme a sus obligaciones contractuales y a la oferta económica presentada. | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | NO | Gestores y/o Supervisores. | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Control de la ejecución de la interventoría con el cumplimiento de todas sus funciones técnicas. administrativas, financieras y jurídicas. Visitas de supervisión, Seguimiento a informes, requerimientos escritos. | Mensual |



3496

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | General | Interno | Ejecucion | Riesgo Operacional | Riesgo presentado por la terminación anticipada de la Interventoría por estar ligada contractualmente al desarrollo del Contrato de Obra, de tal manera que si éste llegare a terminarse por cualquiera de las causales previstas en el Contrato de Obra o por la Ley, el contrato de interventoría producto del presente concurso de méritos, será liquidado por terminación de su objeto, sin lugar a indemnización. Riesgo que asume el INTERVENTOR. | Impacto económico al Interventor | 2 | 5 | 7 | Riesgo Alto | | X | Compromiso del Interventor en lo pertinente a sus obligaciones contractuales, en lograr el cumplimiento de la ejecución del contrato de obra, de manera que dentro de lo contractual se puedan solucionar oportunamente los problemas que se presenten en la ejecución del proyecto que puedan afectarlo de manera grave, con el riesgo de una terminación anticipada del mismo. | 1 | 4 | 5 | Riesgo medio | SI | Interventor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Vigilancia y control de la ejecución de la obra, solución oportuna de problemas, escalamiento a la Entidad cuando sea necesaria su intervención, seguimiento permanente a la problemática que se se presente requerimientos escritos. | Permanente cuando se presente problemas que afecten de manera grave la ejecución de la obra. |



8999

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Especifico | Interno | Ejecución | Riesgo Operacional | Riesgo por la deficiente Interventoría al Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios realizados por el Contratista, que resultaren deficientes y/o incompletos y/o adversos para el proyecto, y que fueron revisados y aprobados por el Interventor. Riesgo que asume el INTERVENTOR | Obras deficientes, ya sea en calidad, estabilidad, durabilidad y/o funcionalidad. Demora en la ejecución de las obras Por correctivos necesarios | 2 | 4 | 6 | Riesgo Alto | | X | Realizar seguimiento permanente y revisión detallada por parte del Interventor con sus Especialistas en la etapa de Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios, para evitar que resulten deficientes y/o incompletos y/o adversos para el proyecto. Realizar al Contratista de Obra las observaciones oportunamente y velar porque se corrija lo pertinente, de manera que los estudios revisados y aprobados por el Interventor aporten la confiabilidad y calidad requerida para ejecutar las obras. | 1 | 1 | 2 | Riesgo Bajo | SI | Interventor | al inicio de la Ajuste y/0 Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios | al final de la Ajuste y/0 Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios | la Interventoría debe efectuar seguimiento contínuo a través de su Director y Especialistas, al Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios por parte del Contratista, de manera que los estudios revisados y aprobados por el Interventor aporten la confiabilidad y calidad requerida para ejecutar las obras. | Semanal en la etapa de Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios |



3900

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Especifico | Interno | Ejecución | Riesgo Operacional | Riesgo presentado por la deficiente Interventoría que conlleve a generar problemas a causa del no inicio de las obras y/o parálisis de la mismas por demoras ocasionadas por la revisión y aprobación por parte del INTERVENTOR, de los cálculos estructurales y/o estudios y/o diseños definitivos para la obra del contrato, elaborados por el CONTRATISTA de Obra. Riesgo que asume el INTERVENTOR. | Demora en la ejecución de las obras del proyecto. | 2 | 3 | 5 | Riesgo Medio | | X | Realizar seguimiento permanente y revisión detallada por parte del Interventor con sus Especialistas en la etapa de Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios, de manera que se vaya observando y corrigiendo lo pertinente a medida que se realiza la actualización, modificación o elaboración de los estudios, permitiendo cumplir con el cronograma de entregas parciales acordado con el Contratista y una vez terminado el plazo de estudios se cuente con el resultado de los mismos debidamente revisado y aprobado por el Interventor. | 1 | 1 | 2 | Riesgo Bajo | NO | Interventor | al inicio de la Ajuste y/0 Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios | al final de la Ajuste y/0 Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios | la Interventoría debe efectuar seguimiento contínuo a través de su Director y Especialistas, al Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios por parte del Contratista, de manera que se cumplan con el cronograma de entregas parciales y con el resultado de los Estudios en el plazo estipulado. Seguimiento por parte del supervisor y/o Gestor, a la etapa de preconstrucción (Estudios), para verificar entregas parciales y entrega total de los estudios. Requerimientos escritos al Interventor. | Semanal en la etapa de Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios |



3501

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Especifico | Interno | Ejecución | Riesgo Operacional | Riesgo presentado por la deficiente Interventoría, por autorizar y/o aprobar por parte de la INTERVENTORIA, la ejecución de obras que contravienen los cálculos y/o estudios y/o diseños aprobados; Por autorizar y/o aprobar la construcción de obras con cálculos y/o estudios y/o diseños deficientes realizados por el Contratista de Obra. Riesgo que asume el INTERVENTOR | Obras deficientes, ya sea en calidad, estabilidad, durabilidad y/o funcionalidad. Demora en la ejecución de las obras Por correctivos necesarios | 2 | 4 | 6 | Riesgo Alto | | X | Con base en estudios y diseños confiables autorizar las obras respectivas; en caso de requerirse algún ajuste a los mismos por imprevistos encontrados en la ejecución de las obras, justificar, soportar y documentar técnicamente los cambios requeridos. Realizar seguimiento permanente y revisión detallada por parte del Interventor con sus Especialistas en la etapa de Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios, para evitar que resulten deficientes y/o incompletos y/o adversos para el proycto. En caso de detectar alguna deficiencia y/o inconsistencia en los mismos al momento de ejecutar las obras, adoptar los correctivos técnicos necesarios, justificados, soportados y documentados. | 1 | 1 | 2 | Riesgo Bajo | SI | Interventor | Al inicio de la Ajuste y/0 Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios | Al final de la ejecución del contrato. | la Interventoría debe efectuar seguimiento permanente tanto en la etapa de estudios, en la revisión y aprobación de los mismos, en forma que resulten con la calidad y confiabilidad requerida, como en la implementación en obra de los estudios y diseños aprobados y estar atenta a los eventuales imprevistos que puedan presentarse en la ejcución de las obras con respecto a los diseños aplicados, de manera que puedan tomarse correctivos oportunamente si fueren necesarios, los cuales deberá justificar, soportar y documentar. | Semanal en la etapa de Ajuste y/o Actualizacion y/o Unificación y/o Modificación de estudios y diseños y/o elaboración de estudios complementarios y durante la ejecución de las obras del contrato. |



3502

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Específico | Interno | Ejecución | Riesgo Operacional | Riesgo por la deficiente Interventoría, por autorizar y/o aprobar el personal del CONTRATISTA DE OBRA, sin que cumpla requisitos de acuerdo con las exigencias del pliego de condiciones y la normatividad vigente. Por permitir que el CONTRATISTA de Obra ejecute los trabajos sin un Ingeniero Residente y/o Director, y/o Especialistas, y/o Personal Profesional, debidamente aprobado. Riesgo que asume el INTERVENTOR | Deficiencia en la ejecución del proyecto, por no contar el Contratista con el personal profesional idóneo requerido de acuerdo con lo estipulado en el Pliego de Condiciones. | 2 | 5 | 7 | Riesgo Alto | | X | El Interventor debe exigir el estricto cumplimiento de las requisitos para el personal profesional de la obra establecido en el pliego de condiciones y velar por la utilización del personal aprobado, mínimo en la dedicación prevista en el mismo. El Supervisor de Contrato y/o Gestor deberá observar al Interventor cualquier irregularidad al respecto cuando la advierta, exigiéndole el cumplimiento de sus obligaciones al respecto como Interventor. | 1 | 2 | 3 | Riesgo Bajo | SI | Interventor, Supervisores y/o Gestores | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Control y vigilancia permanente del Interventor a la ejecución de la obra, de manera que el Contratista cumpla, entre otros, con el personal profesional mínimo exigido en el pliego de condiciones, tanto en idoneidad como en dedicación. | Permanente en la ejecución de la obra. |
| 11 | Específico | Interno | Ejecucion | Riesgo Operacional | Riesgo por la la deficiente Interventoría, por mediciones erróneas de las cantidades de obra ejecutadas por el CONTRATISTA DE OBRA y medidas por el INTERVENTOR. Riesgo que asume el INTERVENTOR | Pérdida de control del presupuesto de la obra, con los consiguientes desfases por exceso ó por defecto. | 3 | 2 | 5 | Riesgo Medio | | X | Mediciones de obra ejecutada con el debido detalle, revisión de cantidades de obra por parte de los Ingenieros de la Interventoría. Corrección oportuna de las mediciones erróneas. | 1 | 1 | 2 | Riesgo Bajo | SI Cuando los desfases son desproporcionados y no se corrigen | Interventor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Revisión de la medición de cantidades de obra por parte de los Ingenieros de la Interventoría. | La correspondiente a la medición de cada tipo de obra. |



3503

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | General | Interno | Ejecucion | Riesgo Operacional | Riesgo por la deficiente Interventoría en el control y seguimimiento a la señalización preventiva en obra, falta o deficiencia en la señalización de aproximación e iluminación, equipos de radio para cierres parciales, temporales y demás señalización necesaria, y de seguridad industrial y de señalización y dotación de los operarios y trabajadores ,etc., a cargo del CONTRATISTA que pueda ocasionar accidentes y/o perjuicios, que debió ser observada y corregida por el INTERVENTOR. Riesgo que asume el INTERVENTOR. | Impacto Negativo en el proyecto por la probable ocurrencia de accidentes de usuarios de la via y trabajadores de la obra, Inconformidad con la obra por parte de la comunidad. | 3 | 2 | 5 | Riesgo Medio | | X | El Interventor debe exigir el estricto cumplimiento de la normatividad vigente sobre señalización temporal de obras, y seguridad industrial, verificar permanentemente su implementación, recurrir a medidas sancionatorias contractuales de ser necesario. | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | NO | Interventor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Inspecciones diarias del Interventor. Comites Técnicos, Seguimiento a informes, requerimientos escritos- Retroalimentacio en los procedimientos adelantados por los responsables del tratamiento. | Diario |



384

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | Específico | Interno | Ejecucion | Riesgo Operacional | Riesgo por la deficiente Interventoría en el control y seguimiento a la programación de actividades en obra que pudieran llevar a obras discontínuas, inconclusas ó con problemas para garantizar la estabilidad de obra ejecutada. Riesgo que asume el INTERVENTOR | Obras discontínuas, inconclusas ó con problemas para garantizar la estabilidad de obra ejecutada | 3 | 4 | 7 | Riesgo Alto | | X | El Interventor debe ser estricto con la Programación de obras de acuerdo con el valor del contrato de obra y teniendo en cuenta las disponibilidades presupuestales anuales del mismo, de manera que cuando autorice una obra tenga la seguridad de que está financiada hasta su terminación, considerando también la continuidad en las obras ejecutadas. Revisión frecuente de la programación de obras para efectuar los ajustes necesarios con este fin. | 1 | 2 | 3 | Riesgo Bajo | SI | Interventor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Seguimiento permanente del Interventor a la ejecución de las obras en cumplimiento de la programación de las mismas. Revisiones periódicas de la programación de obras del proyecto, realización de los ajustes necesarios. Seguimiento a Informes de Interventoría y al cumplimiento en la ejecución del programa de inversiones aprobado vigente. | Mensual ó cuando el Interventor lo considere necesario. |
| 14 | Específico | Interno | Ejecucion | Riesgo Operacional | Riesgo por la deficiente Interventoría en el control y seguimiento de la Interventoría a los frentes obligatorios de obra. Riesgo que asume el INTERVENTOR | Ejecución inadecuada del proyecto, impacto negativo en el logro de las metas del alcance del proyecto | 3 | 5 | 8 | Riesgo Alto | | X | El Interventor debe exigir al Contratista de Obra los frentes obligatorios de obra y efectuar el seguimiento de manera que se cumpla la ejecución de las obras previstas en dichos frentes. Seguimiento de esta obligación del Interventor por parte de los Supervisores y/o Gestores | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | SI | Interventor, Supervisores y/o Gestores | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Seguimiento permanente del Interventor a la ejecución de las obras en los frentes obligatorios de obra. Seguimiento a informes de Interventoría. Visitas de Supervisión. | Permanente del Interventor. Mensual del Supervisor y/o Gestor |



3505

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | Específico | Interno | Ejecución | Riesgo Operacional | Riesgo por la deficiente Interventoría que genere demora o ausencia en la toma de decisiones correspondientes al Interventor, que llegaren a generar efectos económicos al proyecto. Riesgo que asume el INTERVENTOR. | Impacto negativo en la ejecución del proyecto. Desfases económicos en la utilización del presupuesto del proyecto. | 2 | 4 | 6 | Riesgo Alto | | X | Control y vigilancia de la ejecución del proyecto por parte del Interventor. Análisis por parte del Interventor de los problemas que se presenten, apoyándose en su personal, que le permitan adoptar las decisiones correspondientes en forma oportuna y eficaz, para no afectar la ejecución del proyecto. | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | SI | Interventor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Control y vigilancia permanente del Interventor a la ejecución de la obra, de manera que detecte a tiempo los problemas que se presenten, los analice y los resuelva oportunamente. | Permanente en la ejecución de la obra. |
| 16 | Específico | Interno | Ejecución | Riesgo Operacional - Económico | Riesgo presentado por la deficiente Interventoría en lo de su competencia, en los casos de procesos administrativos y/o judiciales con ocasión de la ejecución de las obras, tanto en la etapa contractual como en la postcontractual, ya sea por procesos de multas, sanciones, reparación directa, etc, o siniestros por estabilidad de obra ejecutada al contratista de Obra y/o siniestros por calidad del servicio de interventoría. Riesgo que asume el INTERVENTOR. | Dificultad en la ejecución del proyecto, por medidas sancionatorias. Impactos económicos negativos a los afectados, | 3 | 2 | 5 | Riesgo Medio | | X | Control y vigilancia por parte del Interventor a la ejecución de las obras, exigiendo el cumplimiento de obligaciones del Contratista, recurriendo de ser necesario a las medidas sancionatorias. Atención de procesos administrativos y judiciales en lo de su competencia, en los eventos previstos de multas, sanciones, reparaciones directas, etc., siniestros por estabilidad de obra y por calidad del servicio de interventoría | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | SI, dependiendo del tipo y magnitud del incumplimiento | Interventor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Control permanente por parte del Interventor de la ejecución del proyecto. Atención oportuna de los procesos administrativos y judiciales que sean requeridos ya sea en la etapa contractual o postcontractual, en lo de su competencia | Permanente en la ejecución de la obra y cuando se requiera en la etapa postcontractual. |



3506

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | Específico | Interno | Planeación - Selección | Económico | Riesgo presentado por la no oportuna adjudicación de la Licitación Pública de Obra correspondiente a este proceso de Interventoría. Riesgo que asume el PROPONENTE Y/O INTERVENTOR, hasta seis (6) meses después de adjudicado el contrato de Interventoría, teniendo en cuenta que la Licitación Pública y/o proceso de selección del Contratista de Obra, es un proceso independiente, que podría presentar demoras por observaciones presentadas al proceso, notificaciones de ley, o quedar desierto, entre otros aspectos. Riesgo que asume EL MUNICIPIO después de seis (6) meses de adjudicado el contrato de Interventoría | Desplazamiento en la ejecución del proyecto o no ejecución del proyecto en caso de declararse desierta la licitación pública de la obra respectiva | 1 | 4 | 5 | Riesgo Medio | X | X | Planeación, y estructuración de los proyectos, Atención a los procesos de selección para obra e interventoría, para evitar en lo posible demoras en el proceso de adjudicación de la obra. | 1 | 3 | 4 | Riesgo Bajo | SI | Personal de la Entidad de la Planeación, Estructuración, procesos de Selección, Evaluación y Adjudicación | Al inicio de la etapa de planeación | A la terminación de la etapa de selección | Revisión del proyecto objeto de la selección. Atención y seguimiento a los procesos de selección de licitación pública para obra y concurso de méritos para interventoría. | Durante la etapa de Planeación y Selección del proyecto |



3507

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | General | Externo | Ejecución | Riesgo Regulatorio | Expedición y/o modificación de normas: Ocurre por cambios normativos o por la expedición de normas posteriores al cierre del proceso de concurso de méritos, que afecten las condiciones económicas y/o técnicas inicialmente pactadas. | Afectación del desarrollo del contrato previsto con la normatividad existente al cierre del proceso de selección | 2 | 3 | 5 | Riesgo Medio | X | | Proceso precontractual con las normas aplicables vigentes. Revisión de los cambios sustanciales de normas que se produzcan posterior al cierre del proceso de licitación pública, que afecten el normal desarrollo del contrato, con el fin de estudiar los ajustes pertinentes a que hubiere lugar. | 1 | 2 | 3 | Riesgo Bajo | NO | Gestores y/o Supervisores, Interventor | Fase precontractual, y cuando se expida la nueva nomatividad que pueda afectar el contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Seguimiento a la implementación de la nueva normatividad que aplique al proyecto, y a las medidas tomadas para mitigar su efecto en el contrato. Informes. requerimientos escritos. | Mensual |
| 19 | Específico | Interno | Ejecución | Riesgo Ambiental - Operacional | Riesgo por la deficiente Interventoría, causado por inadecuadas prácticas en el proceso constructivo que puedan generar daños técnicos y/o ambientales, autorizadas y/o aprobadas por el Interventor. Riesgo que asume el INTERVENTOR. | Demora en la ejecución de la obra por correctivos necesarios. | 2 | 2 | 4 | Riesgo Bajo | | X | Interventoría permanente en la ejecución de las obras, para controlar obras autorizadas, materiales, procedimientos constructivos , ajustados a las obras requeridas y especificaciones técnicas contractuales, y evitar que se generen perjuicios técnicos y/o pasivos ambientales por esta causa. De ser necesario llevar a cabo procesos sancionatorios para conminar su cumplimiento o sancionar el incumplimiento. | 1 | 1 | 2 | Riesgo Bajo | NO | Interventor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación de la ejecución del contrato | Control permanente por parte del Interventor de la ejecución de las obras requeridas del proyecto y del cumplimiento de especificaciones técnicas. Seguimiento por parte de Especialistas Ambientales de la Interventoría. Requerimientos escritos. | Permanente |



3508

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | General | Externo | Ejecución | Riesgos de la Salud | Presencia de Riesgos Biológicos. Se refiere a la posibilidad que durante la ejecución del contrato, los colaboradores del Interventor, presenten sintomas de enfermedades altamente contagiosas y que afecten y deterioren la Salud del Personal. | Deterioro notorio y grave de la salud y posible contagio | 3 | 4 | 7 | Riesgo Alto | | X | La aplicación preventiva de las medidas de Bioseguridad establecidas por las Autoridades de Salud en Colombia y sus respectivos Protocolos, el cumplimiento de la Resolución 0312 de 2019, Informar de inmediato las novedades de salud. | 2 | 3 | 5 | Riesgo Medio | SI | contratistas de Obras, de Estudios y Diseños interventor, Supervisor | Al inicio de la ejecución del contrato | A la terminación del contrato | Previo al inicio de la ejecución de las obras, Estudios, Diseños e Interventoría, el contratista deberá presentar certificación individual vigente del estado de salud de cada integrante colaborador (empleado o contratista) expedida por la ARL | Cada vez que haya novedades de cambio de personal |
| 21 | Específico | Interno | Ejecucion | Riesgos de Corrupción | **Gestión Indebida y dolosa de los Recursos Financieros, de Insumos y Obras.** Se refiere a la posibilidad de que el Contratista de las Obras, de la Interventoría y de funcionarios del Municipio, promuevan y participen de acciones fraudulentas en el manejo de los recursos destinados a las obras tanto en los aspectos financieros (anticipos), facturación, calidad y cantidad de materieles e insumos, diseños y obras sin justificar. | Graves daños personales e Institucionales. Daño a la reputación de la entidad, daños sociales y legales y pérdida de recursos financieros. | 1 | 2 | 3 | Riesgo Bajo | X | X | Todos los participantes de la Ejecución de los Proyectos (Contratistas, Interventores, Supervisores, Funcionarios, Proveedores y Cominidad en general) deberán actuar de manera diafana, con ética, altos valores y principios como regla de conducta imprescindible, y dar cumplimiento a la normatividad vigente enj cuanto al manejo de los recursos publicos con transparencia y honestidad. Cualquier situación irregular deberá ser comunicada al Municipio. | 1 | 1 | 2 | Riesgo Bajo | SI | Contratistas de Obras, de Estudios y Diseños interventor, Supervisores y/o Gestores y/o Funcionarios del Municipio. | Al inicio de la ejecución del contrato y de manera permanente. | A la terminación del contrato | Vigilancia de cada una de las actuaciones de los participantes de las obras. | Permanente |



359

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | General | Externo | Ejecucion | Riesgos de la Salud | Disponibilidad de los Elementos de Protección Personal. Se refiere a la posibilidad de que el Interventor no disponga o suministre a sus colaboradores y demas, los Elementos de Protección Personal EPP y los de Riesgo Bilógico. | Accidentes de trabajo y posible exposición a Riegos Biologicos | 3 | 4 | 7 | Riesgo Alto | | X | El contratista deberá suministrar todos los EPP a sus colaboradores en las obras, o solicitar a la ARL que los suministre | 2 | 3 | 5 | Riesgo Medio | SI | contratistas de Obras, de Estudios y Diseños interventor, Supervisor | Al inicio de la ejecución del contrato y de manera permanente. | A la terminación del contrato | Vigilancia permanente de los cambios de salud de los colaboradores | Diario |

Elaborado por: Andrés Berrio – Contratista SIM
15/05/2025



3510

# ENTREGA DE DOTACION

3511

CONSORCIO INGENIO URBANO

# FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE EPP

## SGSST

Alcaldía de MONTERÍA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TRABAJADOR** | Rodrigo Perez Doria | | |
| **CARGO** | Auxiliar Residente | **CÉDULA** | 1067897814 |
| **CENTRO DE COSTOS** | Obra | | |
| **FECHA DE INGRESO** | 11/08/2025 | | |

| ITEM | ELEMENTO SUMINISTRADO | CANT | P* | C* | R* | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | 1 | X | | | 11/08/25 | |
| 2 | Botas | 1 | X | | | 11/08/25 | |
| 3 | Camisa | 1 | X | | | 11/08/25 | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

**Marcar con una (x) si el EPP entregado al trabajador es:*
***P** = Si es primera entrega*
***C=** Si es un cambio por desgaste o daño del EPP*
***R=** Si es reposición por perdida*

Viviana Doria A.

**Director obra**

**Firma Profesional SST**

3512

CONSORCIO INGENIO URBANO

# FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE EPP

## SGSST

Alcaldía de MONTERÍA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TRABAJADOR** | Yefrinson Bolaño Barrera | | |
| **CARGO** | Ayudante de Obra | **CÉDULA** | 1003064573 |
| **CENTRO DE COSTOS** | Obra | | |
| **FECHA DE INGRESO** | 11/08/2025 | | |

| ITEM | ELEMENTO SUMINISTRADO | CANT | P* | C* | R* | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | 1 | X | | | 11/08/2025 | Yefrinson Bolaño |
| 2 | Botas | 1 | X | | | 11/08/2025 | Yefrinson Bolaño |
| 3 | Dotación Camisa Pantalon | 1 | X | | | 11/08/2025 | Yefrinson Bolaño |
| 4 | Guantes. | 1 | X | | | 11/08/2025. | Yefrinson Bolaño |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

**Marcar con una (x) si el EPP entregado al trabajador es:*

***P** = Si es primera entrega*

***C**= Si es un cambio por desgaste o daño del EPP*

***R**= Si es reposición por perdida*

Viviana Doria A.

**Director obra**

**Firma Profesional SST**

3513

CONSORCIO INGENIO URBANO

# FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE EPP

## SGSST

Alcaldía de MONTERÍA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TRABAJADOR** | ANDRES CAMILO RIVERA S. | | |
| **CARGO** | RESIDENTE DE OBRA. | **CÉDULA** | 1067897814 |
| **CENTRO DE COSTOS** | Obra | | |
| **FECHA DE INGRESO** | 11/08/2025 | | |

| ITEM | ELEMENTO SUMINISTRADO | CANT | P* | C* | R* | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | 1 | X | | | 11/08/2025 | |
| 2 | Dotación Camisa | 2 | X | | | 11/08/2025 | |
| 3 | Guantes tipo Jag | 2 | X | | | 11/08/2025 | |
| 4 | Botas con puntera | 1 | X | | | 11/08/2025 | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

**Marcar con una (x) si el EPP entregado al trabajador es:*

***P** = Si es primera entrega*

***C=** Si es un cambio por desgaste o daño del EPP*

***R=** Si es reposición por perdida*

Viviana Doria

**Director obra**

**Firma Profesional SST**

3519

CONSORCIO INGENIO URBANO

# FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE EPP

## SGSST

Alcaldía de MONTERÍA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TRABAJADOR** | María Isabella Periñan Tous | | |
| **CARGO** | Ing Ambiental | **CÉDULA** | 1000588442 |
| **CENTRO DE COSTOS** | obra | | |
| **FECHA DE INGRESO** | 11/08/2025 | | |

| ITEM | ELEMENTO SUMINISTRADO | CANT | P* | C* | R* | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | 1 | X | | | 11/08/2025 | M. Isabella Periñan T. |
| 2 | Botas | 1 | X | | | 11/08/2025 | M. Isabella Periñan T. |
| 3 | Tapabocas | 1 | X | | | 4/08/2025 | M. Isabella Periñan T. |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

**Marcar con una (x) si el EPP entregado al trabajador es:*

***P** = Si es primera entrega*

***C**= Si es un cambio por desgaste o daño del EPP*

***R**= Si es reposición por perdida*

Viviana Doria A.

**Director obra**

**Firma Profesional SST**

3515

CONSORCIO INGENIO URBANO

# FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE EPP

## SGSST

Alcaldía de MONTERÍA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TRABAJADOR** | Leonardo Vasquez Jimenez | | |
| **CARGO** | Prof SISOMA | **CÉDULA** | 1067846090 |
| **CENTRO DE COSTOS** | Obra | | |
| **FECHA DE INGRESO** | 11/08/2025 | | |

| ITEM | ELEMENTO SUMINISTRADO | CANT | P* | C* | R* | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | 1 | X | | | 11/08/2025 | |
| 2 | Guantes | 1 | X | | | 11/08/2025 | |
| 3 | Tapa oidos | 1 | X | | | 11/08/2025 | |
| 4 | Dotación Camisa | 1 | X | | | 11/08/2025 | |
| 5 | Botas. | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

**Marcar con una (x) si el EPP entregado al trabajador es:*

***P** = Si es primera entrega*

***C**= Si es un cambio por desgaste o daño del EPP*

***R**= Si es reposición por perdida*

Viviana Dora A

**Director obra**

**Firma Profesional SST**

3516

CONSORCIO INGENIO URBANO

# FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE EPP

## SGSST

Alcaldía de MONTERÍA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TRABAJADOR** | Juan Guerra | | |
| **CARGO** | Ayudante de Obra | **CÉDULA** | 1064921649 |
| **CENTRO DE COSTOS** | Obra | | |
| **FECHA DE INGRESO** | 15/08/2025 | | |

| ITEM | ELEMENTO SUMINISTRADO | CANT | P* | C* | R* | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco | 1 | X | | | 15/08/2025 | |
| 2 | Botas | 1 | X | | | 15/08/2025 | |
| 3 | Dotacion Camisa | 1 | X | | | 15/08/2025 | |
| 4 | Guantes | 1 | X | | | 15/08/2025 | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

**Marcar con una (x) si el EPP entregado al trabajador es:*

***P** = Si es primera entrega*

***C=** Si es un cambio por desgaste o daño del EPP*

***R=** Si es reposición por perdida*

Viviana Doria A.

**Director obra**

**Firma Profesional SST**

3517

CONSORCIO INGENIO URBANO

# FORMATO ENTREGA INDIVIDUAL DE EPP

## SGSST

Alcaldia de MONTERÍA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TRABAJADOR** | Lucio Contreras Doria | | |
| **CARGO** | Vigilante | **CÉDULA** | 1073810707 |
| **CENTRO DE COSTOS** | Obra | | |
| **FECHA DE INGRESO** | 11/08/2025 | | |

| ITEM | ELEMENTO SUMINISTRADO | CANT | P* | C* | R* | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Dotacion Camisa | 1 | X | | | 11/08/25 | |
| 2 | Botas | 1 | X | | | 11/08/25 | |
| 3 | Casco | 1 | X | | | 11/08/25 | |
| 4 | Guantes. | 1 | X | | | 11/08/25 | |
| 5 | Impermeable | 1 | X | | | 11/08/25 | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |

**Marcar con una (x) si el EPP entregado al trabajador es:*

***P** = Si es primera entrega*

***C=** Si es un cambio por desgaste o daño del EPP*

***R=** Si es reposición por perdida*

V.Viana Doria A.

**Director obra**

**Firma Profesional SST**

# ACTAS CREACION DEL COPASST Y COCOLA

3518

| CONSORCIO INGENIO URBANO<br>ESPACIOS INTELIGENTES, CIUDADES SOSTENIBLES | **ACTA DE CONFORMACIÓN COMITÉ DE CONVIVENCIA** | Alcaldía de<br>**MONTERÍA** |
|---|---|---|

**EMPRESA**: CONSORCIO INGENIO URBANO

**PERIODO:** 9 septiembre de 2025 al 09 septiembre de 2026

El día 9 septiembre de 2025 se eligió el Comité de Convivencia Laboral dando así cumplimiento a las exigencias de las Resoluciones 652 y 1356 de 2012, ley 1010 de 2006.

La modalidad utilizada para su elección fue: Votación en secreto

Resultaron elegidos:

| | |
|---|---|
| **María Isabela Periñan** | **1000588442** |
| **Camilo Rivera** | **1067897814** |

El número de votos obtenidos fue 7 y 4 respectivamente

El representante legal de la empresa designa a **Maria Isabela Periñan** como presidente y como secretario a **Camilo Rivera**

3519

| CONSORCIO INGENIO URBANO<br>ESPACIOS INTELIGENTES CIUDADES SOSTENIBLES | **ACTA DE CONFORMACIÓN COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Fecha: 8 de septiembre 2025

**PARA:** Personal operativo

**DE:** Oficina administrativa

**ASUNTO:** Elección de candidatos en representación de los trabajadores para la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo con vigencia del 2025-2026

**CONSORCIO INGENIO URBANO** dando cumplimiento a la legislación laboral relacionada con la conformación del Comité Paritario de la Seguridad y Salud en el Trabajo, convoca a la inscripción de los candidatos con su respectivo suplente según resolución 2013 de 1986 en representación de los trabajadores. Así mismo damos cumplimiento a la resolución 312 de 2019 y al decreto 1072 de 2015.

La modalidad utilizada para su elección fue: Votación en secreto.

Resultaron elegidos:

| | |
|---|---|
| LEONARDO VASQUEZ | CAMILO RIVERA |
| Principal | Suplente |

El número de votos obtenidos fue 6 Y 5 respectivamente para un total de 11 votos

El representante legal de la empresa designa a: RODRIGO PEREZ DORIA como presidente del comité y por votación del comité se nombra a: LEONARDO VASQUEZ como secretario

# NOTIFICACIONES DE RIESGOS Y PELIGROS

3520

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: Herrero

Descripción: notificación de riesgos para Germán Mendoza que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>o Ruido<br>o Iluminación<br>o Vibraciones<br>o Temperaturas<br>o Presión atmosférica<br>o Radiaciones ionizantes<br>o Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>o Gases y Vapores<br>o Polvos Inorgánicos<br>o Polvos Orgánicos<br>o Humos<br>o Líquidos<br>o Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>o Virus<br>o Hongos<br>o Bacterias<br>o Picaduras<br>o Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>o Gestión organizacional<br>o Características de la organización del trabajo<br>o Características del grupo social de trabajo<br>o Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>o Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>o Esfuerzo<br>o Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>o Mecánico<br>o Eléctrico<br>o Locativo<br>o Condiciones de orden y aseo<br>o Tecnológico<br>o Accidentes de transito<br>o Publico<br>o Trabajo en alturas<br>o Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>o Sismo<br>o Terremoto<br>o Inundación<br>o Derrumbe<br>o Precipitaciones | |

3521

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Germán Antonio Mendoza Peñata, identificado con cédula de ciudadanía No.: 1064990343 de Cereté conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/08/25.

Firma Colaborador: _____ CC. No. 1064990343

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3522

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: AUXILIAR

Descripción: notificación de riesgos para Edwin Medina, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>o Ruido<br>o Iluminación<br>o Vibraciones<br>o Temperaturas<br>o Presión atmosférica<br>o Radiaciones ionizantes<br>o Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>o Gases y Vapores<br>o Polvos Inorgánicos<br>o Polvos Orgánicos<br>o Humos<br>o Líquidos<br>o Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>o Virus<br>o Hongos<br>o Bacterias<br>o Picaduras<br>o Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>o Gestión organizacional<br>o Características de la organización del trabajo<br>o Características del grupo social de trabajo<br>o Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>o Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>o Esfuerzo<br>o Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>o Mecánico<br>o Eléctrico<br>o Locativo<br>o Condiciones de orden y aseo<br>o Tecnológico<br>o Accidentes de transito<br>o Publico<br>o Trabajo en alturas<br>o Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>o Sismo<br>o Terremoto<br>o Inundación<br>o Derrumbe<br>o Precipitaciones | |

3523

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Edwin Medina ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 816 8995 de _____ conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/08/25.

Firma Colaborador: _____ CC. No. 6.168995

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3529

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: oficial

Descripción: notificación de riesgos para Alveiro Mendoza, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>o Ruido<br>o Iluminación<br>o Vibraciones<br>o Temperaturas<br>o Presión atmosférica<br>o Radiaciones ionizantes<br>o Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>o Gases y Vapores<br>o Polvos Inorgánicos<br>o Polvos Orgánicos<br>o Humos<br>o Líquidos<br>o Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>o Virus<br>o Hongos<br>o Bacterias<br>o Picaduras<br>o Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>o Gestión organizacional<br>o Características de la organización del trabajo<br>o Características del grupo social de trabajo<br>o Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>o Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>o Esfuerzo<br>o Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>o Mecánico<br>o Eléctrico<br>o Locativo<br>o Condiciones de orden y aseo<br>o Tecnológico<br>o Accidentes de transito<br>o Publico<br>o Trabajo en alturas<br>o Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>o Sismo<br>o Terremoto<br>o Inundación<br>o Derrumbe<br>o Precipitaciones | |

3525

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Alexis Jose Mendoza Peñate, identificado con cédula de ciudadanía No.: 1064992791 de _____ conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/08/25.

Firma Colaborador: _____ CC. No. 1064992791

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3526

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: Ayudante

Descripción: notificación de riesgos para Pedro Ramos, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>o Ruido<br>o Iluminación<br>o Vibraciones<br>o Temperaturas<br>o Presión atmosférica<br>o Radiaciones ionizantes<br>o Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>o Gases y Vapores<br>o Polvos Inorgánicos<br>o Polvos Orgánicos<br>o Humos<br>o Líquidos<br>o Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>o Virus<br>o Hongos<br>o Bacterias<br>o Picaduras<br>o Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>o Gestión organizacional<br>o Características de la organización del trabajo<br>o Características del grupo social de trabajo<br>o Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>o Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>o Esfuerzo<br>o Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>o Mecánico<br>o Eléctrico<br>o Locativo<br>o Condiciones de orden y aseo<br>o Tecnológico<br>o Accidentes de transito<br>o Publico<br>o Trabajo en alturas<br>o Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>o Sismo<br>o Terremoto<br>o Inundación<br>o Derrumbe<br>o Precipitaciones | |

3527

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Pedro Ramos Vega ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 1067905703 de _____ conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/03/25.

Firma Colaborador: Pedro Jose ramos CC. No. 1067905703

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3528

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: Ayudante

Descripción: notificación de riesgos para Ivan Mendez, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>o Ruido<br>o Iluminación<br>o Vibraciones<br>o Temperaturas<br>o Presión atmosférica<br>o Radiaciones ionizantes<br>o Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>o Gases y Vapores<br>o Polvos Inorgánicos<br>o Polvos Orgánicos<br>o Humos<br>o Líquidos<br>o Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>o Virus<br>o Hongos<br>o Bacterias<br>o Picaduras<br>o Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>o Gestión organizacional<br>o Características de la organización del trabajo<br>o Características del grupo social de trabajo<br>o Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>o Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>o Esfuerzo<br>o Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>o Mecánico<br>o Eléctrico<br>o Locativo<br>o Condiciones de orden y aseo<br>o Tecnológico<br>o Accidentes de transito<br>o Publico<br>o Trabajo en alturas<br>o Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>o Sismo<br>o Terremoto<br>o Inundación<br>o Derrumbe<br>o Precipitaciones | |

3529

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Manuela Hernandez, identificado con cédula de ciudadanía No.: 1093060[illegible] de Montería conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/08/25.

Firma Colaborador: [signature] CC. No. 1093060[illegible]

Firma Coordinador SST/ Residente STT: [signature]

3530

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: Ayudante

Descripción: notificación de riesgos para Emilio Gomez que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>○ Ruido<br>○ Iluminación<br>○ Vibraciones<br>○ Temperaturas<br>○ Presión atmosférica<br>○ Radiaciones ionizantes<br>○ Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>○ Gases y Vapores<br>○ Polvos Inorgánicos<br>○ Polvos Orgánicos<br>○ Humos<br>○ Líquidos<br>○ Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>○ Virus<br>○ Hongos<br>○ Bacterias<br>○ Picaduras<br>○ Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>○ Gestión organizacional<br>○ Características de la organización del trabajo<br>○ Características del grupo social de trabajo<br>○ Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>○ Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>○ Esfuerzo<br>○ Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>○ Mecánico<br>○ Eléctrico<br>○ Locativo<br>○ Condiciones de orden y aseo<br>○ Tecnológico<br>○ Accidentes de transito<br>○ Publico<br>○ Trabajo en alturas<br>○ Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>○ Sismo<br>○ Terremoto<br>○ Inundación<br>○ Derrumbe<br>○ Precipitaciones | |

3531

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Emilio Jose Gomez R ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 1068577 V de CANALETE conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/03/25.

Firma Colaborador: emilio CC. No. 1068577025

Firma Coordinador SST/ Residente STT:

3532

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: Ayudante

Descripción: notificación de riesgos para Julio Palacio, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>o Ruido<br>o Iluminación<br>o Vibraciones<br>o Temperaturas<br>o Presión atmosférica<br>o Radiaciones ionizantes<br>o Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>o Gases y Vapores<br>o Polvos Inorgánicos<br>o Polvos Orgánicos<br>o Humos<br>o Líquidos<br>o Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>o Virus<br>o Hongos<br>o Bacterias<br>o Picaduras<br>o Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>o Gestión organizacional<br>o Características de la organización del trabajo<br>o Características del grupo social de trabajo<br>o Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>o Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>o Esfuerzo<br>o Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>o Mecánico<br>o Eléctrico<br>o Locativo<br>o Condiciones de orden y aseo<br>o Tecnológico<br>o Accidentes de transito<br>o Publico<br>o Trabajo en alturas<br>o Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>o Sismo<br>o Terremoto<br>o Inundación<br>o Derrumbe<br>o Precipitaciones | |

3533

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Julio Palacio Caballero ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 1067846545 de montelibano conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/08/25.

Firma Colaborador: Julio CC. No. 1067846545

Firma Coordinador SST/ Residente STT: Julio P

3539

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Cargo: Oficial de Construcción

Descripción: notificación de riesgos para Dinis Ramirez, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>○ Ruido<br>○ Iluminación<br>○ Vibraciones<br>○ Temperaturas<br>○ Presión atmosférica<br>○ Radiaciones ionizantes<br>○ Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>○ Gases y Vapores<br>○ Polvos Inorgánicos<br>○ Polvos Orgánicos<br>○ Humos<br>○ Líquidos<br>○ Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>○ Virus<br>○ Hongos<br>○ Bacterias<br>○ Picaduras<br>○ Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>○ Gestión organizacional<br>○ Características de la organización del trabajo<br>○ Características del grupo social de trabajo<br>○ Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>○ Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>○ Esfuerzo<br>○ Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>○ Mecánico<br>○ Eléctrico<br>○ Locativo<br>○ Condiciones de orden y aseo<br>○ Tecnológico<br>○ Accidentes de transito<br>○ Publico<br>○ Trabajo en alturas<br>○ Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>○ Sismo<br>○ Terremoto<br>○ Inundación<br>○ Derrumbe<br>○ Precipitaciones | |

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Divier Antonio Ramirez Solano, identificado con cédula de ciudadanía No.: 1.067.923.283 de Montería conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/08/25.

Firma Colaborador: _____ CC. No. 1.067.923.283

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3536

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: Ayudante

Descripción: notificación de riesgos para Luis Fuentes, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>○ Ruido<br>○ Iluminación<br>○ Vibraciones<br>○ Temperaturas<br>○ Presión atmosférica<br>○ Radiaciones ionizantes<br>○ Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>○ Gases y Vapores<br>○ Polvos Inorgánicos<br>○ Polvos Orgánicos<br>○ Humos<br>○ Líquidos<br>○ Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>○ Virus<br>○ Hongos<br>○ Bacterias<br>○ Picaduras<br>○ Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>○ Gestión organizacional<br>○ Características de la organización del trabajo<br>○ Características del grupo social de trabajo<br>○ Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>○ Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>○ Esfuerzo<br>○ Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>○ Mecánico<br>○ Eléctrico<br>○ Locativo<br>○ Condiciones de orden y aseo<br>○ Tecnológico<br>○ Accidentes de transito<br>○ Publico<br>○ Trabajo en alturas<br>○ Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>○ Sismo<br>○ Terremoto<br>○ Inundación<br>○ Derrumbe<br>○ Precipitaciones | |

3537

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Luis Fuentes Madera ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 78026764 de _____ conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/08/25.

Firma Colaborador: Luis Fuentes CC. No. 78026764

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3538

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: Oficial

Descripción: notificación de riesgos para Jorge Contreras, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>o Ruido<br>o Iluminación<br>o Vibraciones<br>o Temperaturas<br>o Presión atmosférica<br>o Radiaciones ionizantes<br>o Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>o Gases y Vapores<br>o Polvos Inorgánicos<br>o Polvos Orgánicos<br>o Humos<br>o Líquidos<br>o Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>o Virus<br>o Hongos<br>o Bacterias<br>o Picaduras<br>o Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>o Gestión organizacional<br>o Características de la organización del trabajo<br>o Características del grupo social de trabajo<br>o Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>o Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>o Esfuerzo<br>o Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>o Mecánico<br>o Eléctrico<br>o Locativo<br>o Condiciones de orden y aseo<br>o Tecnológico<br>o Accidentes de transito<br>o Publico<br>o Trabajo en alturas<br>o Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>o Sismo<br>o Terremoto<br>o Inundación<br>o Derrumbe<br>o Precipitaciones | |

3539

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Jorge Contreras Martinez ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 1564 6850 de _____ conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20/08/25.

Firma Colaborador: _____ CC. No. 1564685

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3590

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de **MONTERÍA** |
|---|---|---|

Cargo: Oficial

Descripción: notificación de riesgos para Leon Caraballo, que está expuesto a los riesgos de su actividad, se presentan las normas de seguridad a tener en cuenta de acuerdo con la labor desarrollada.

**Riesgos existentes:**

| | |
|---|---|
| PELIGROS FISICOS:<br>o Ruido<br>o Iluminación<br>o Vibraciones<br>o Temperaturas<br>o Presión atmosférica<br>o Radiaciones ionizantes<br>o Radiaciones no ionizantes | PELIGROS QUIMICOS:<br>o Gases y Vapores<br>o Polvos Inorgánicos<br>o Polvos Orgánicos<br>o Humos<br>o Líquidos<br>o Material particulado |
| PELIGROS BIOLOGICOS:<br>o Virus<br>o Hongos<br>o Bacterias<br>o Picaduras<br>o Mordeduras | PELIGROS SICOSOCIALES<br>o Gestión organizacional<br>o Características de la organización del trabajo<br>o Características del grupo social de trabajo<br>o Condiciones de la tarea<br>Interfase tarea - persona |
| PELIGROS BIOMECANICOS:<br>o Postura (prolongada, mantenida, forzada, anti gravitacional)<br>o Esfuerzo<br>o Manipulación manual de carga | CONDICIONES DE SEGURIDAD:<br>o Mecánico<br>o Eléctrico<br>o Locativo<br>o Condiciones de orden y aseo<br>o Tecnológico<br>o Accidentes de transito<br>o Publico<br>o Trabajo en alturas<br>o Espacios confinados |
| FENOMENOS NATURALES<br>o Sismo<br>o Terremoto<br>o Inundación<br>o Derrumbe<br>o Precipitaciones | |

3591

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

**Acciones preventivas:**

- Use adecuadamente los Elementos de Protección Individual que le han sido entregados.
- No fume dentro de las instalaciones de la organización o proyecto.
- Reporte oportunamente cualquier incidente o accidente de trabajo.
- Revise el estado de los equipos o herramientas de trabajo antes de iniciar las funciones diarias.
- Aplique las normas de seguridad en todas las labores que desempaña tanto en las oficinas como en los proyectos y campamentos.
- Mantenga su puesto de trabajo en óptimas condiciones de orden y aseo.
- Reconozca las rutas de evacuación y punto para casos de emergencia.
- No realice conexiones eléctricas improvisadas ni recargue el tomacorriente.
- Reporte todo acto o condición insegura que evidencie.
- De un uso adecuado a los recursos (humanos, tecnológicos, financieros, de bienestar) que la organización dispone para la realización de sus labores.
- Atienda el mensaje de las señales preventivas, reglamentarias e informativas.
- Adopte siempre un comportamiento seguro al realizar sus labores.

Yo Juan Carlos Caraballo Palomino, identificado con cédula de ciudadanía No.: 10783789 de _____ conozco y acepto la presente notificación de riesgos de acuerdo al cargo a desempeñar, la cual se firma el día 20 Agosto 25

Firma Colaborador: _____ CC. No. 10783789

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

# POLITICAS

# Exámenes médicos de ingreso

# CORSORCIO INGENIO URBANO

3592

**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
**No. Identificación** 901050606-5
**Dirección:** CALLE 32 #9-44 CENTRO.
**Teléfono:** 7892270
**Email:** gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MONTERÍA - 2025/08/16 | Nro Ingreso: | 20250815020114 |
| Paciente: | YEFRINSON - BOLAÑO BARRERA | CC: | 1003064873 |
| Edad: | 28 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO |
| Cargo: | AYUDANTE DE OBRA | Convenio: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Origen: | CONSORCIO INGENIO URBANO | Destino: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Fecha Atención: | 2025-08-15 11:28:07 | | |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | SEROLOGÍA | | |
| VISIOMETRIA | | | |

## Certificación de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: | **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO** |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO |
| ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: | **NORMAL** |
| RECOMENDACIONES AL ENFASIS: | NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL |

## Recomendaciones Generales

| | | |
|---|---|---|
| Examen Periódico Ocupacional | Realización Pruebas Complementarias | Continuar Manejo Médico |
| Pausas Activas | Uso de E.P.I. | |
| Higiene Postural | Remitir a EPS | |

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|---|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo |
| Cardiovascular: | Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva. |

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: YEFRINSON - BOLAÑO BARRERA
Identificación: CC. - 1003064873

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

3593

**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
**No. Identificación** 901050606-5
**Dirección:** CALLE 32 #9-44 CENTRO.
**Teléfono:** 7892270
**Email:** gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MONTERÍA - 2025/08/16 | Nro Ingreso: | 20250815020111 |
| Paciente: | RODRIGO JOSE PEREZ DORIA | CC: | 1067936343 |
| Edad: | 30 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO |
| Cargo: | AUXILIAR RESIDENTE | Convenio: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Origen: | CONSORCIO INGENIO URBANO | Destino: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Fecha Atención: | 2025-08-15 11:13:13 | | |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | SEROLOGIA | | |
| VISIOMETRIA | | | |

## Certificación de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: | **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO** |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO |
| ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: | **NORMAL** |
| RECOMENDACIONES AL ENFASIS: | NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL |

## Recomendaciones Generales

| | | |
|---|---|---|
| ☑ Examen Periódico Ocupacional | ☐ Realización Pruebas Complementarias | ☐ Continuar Manejo Médico |
| ☑ Pausas Activas | ☑ Uso de E.P.I. | |
| ☑ Higiene Postural | ☑ Remitir a EPS | |

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|---|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo |
| Cardiovascular: | Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva. |

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: RODRIGO JOSE PEREZ DORIA
Identificación: CC. - 1067936343

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
**No. Identificación** 901050606-5
**Dirección:** CALLE 32 #9-44 CENTRO.
**Teléfono:** 7892270
**Email:** gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

3599

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MONTERÍA - 2025/08/16 | Nro Ingreso: | 20250815020113 |
| Paciente: | MARIA ISABELLA PERIÑAN TOUS | CC: | 1000588442 |
| Edad: | 24 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Género: | Femenino | Tipo Evaluación: | EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO |
| Cargo: | INGENIERO AMBIENTAL | Convenio: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Origen: | CONSORCIO INGENIO URBANO | Destino: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Fecha Atención: | 2025-08-15 11:22:30 | | |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | SEROLOGÍA | | |
| VISIOMETRIA | | | |

## Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
SE RECOMIENTA CONTINUAR SEGUIMIENTO DE SU ENDOMETRIOSIS CON MEDICO DE SU EPS

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: **NORMAL**

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

## Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periódico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realización Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Remitir a EPS
- [x] Continuar Manejo Médico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Cardiovascular: Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: MARIA ISABELLA PERIÑAN TOUS
Identificación: CC. - 1000588442

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

3595

**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
**No. Identificación** 901050606-5
**Dirección:** CALLE 32 #9-44 CENTRO.
**Teléfono:** 7892270
**Email:** gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MONTERÍA - 2025/08/16 | Nro Ingreso: | 20250815020117 |
| Paciente: | LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA | CC: | 1073810707 |
| Edad: | 38 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO |
| Cargo: | AYUDANTE DE OBRA | Convenio: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Origen: | CONSORCIO INGENIO URBANO | Destino: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Fecha Atención: | 2025-08-15 15:11:52 | | |



## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | SEROLOGÍA | | |
| VISIOMETRIA | | | |

## Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: **APTO CON RECOMENDACIONES**

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SE EVIDENCIA PATOLOGIA DE PARED ABDOMINAL TIPO HERNIA UMBILICAL SE RECOMIENDA CITA CON CIRUGIA GENERAL DE SU EPS
SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: **NORMAL**

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

## Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periódico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realización Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Médico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Cardiovascular: Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA
Identificación: CC. - 1073810707

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

3596

**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
**No. Identificación** 901050606-5
**Dirección:** CALLE 32 #9-44 CENTRO.
**Teléfono:** 7892270
**Email:** gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MONTERÍA - 2025/08/16 | Nro Ingreso: | 20250815020115 |
| Paciente: | LEONARDO FAVY VASQUEZ JIMENEZ | CC: | 1067846090 |
| Edad: | 38 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO |
| Cargo: | PROFESIONAL SST | Convenio: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Origen: | CONSORCIO INGENIO URBANO | Destino: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Fecha Atención: | 2025-08-15 14:13:37 | | |



## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | SEROLOGÍA | | |
| VISIOMETRIA | | | |

## Certificación de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: | **APTO CON RECOMENDACIONES** |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO<br>SE EVIDENCIA PATOLOGIA DE PARED ABDOMINAL TIPO HERNIA UMBILICAL SE RECOMIENDA CITA CON CIRUGIA GENERAL DE SU EPS<br>SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES CON MEDICO DE SU EPS POR DESGARRE DE HOMBRO DERECHO |
| ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: | **NORMAL** |
| RECOMENDACIONES AL ENFASIS: | NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL |

## Recomendaciones Generales

| | | |
|---|---|---|
| ☑ Examen Periódico Ocupacional | ☐ Realización Pruebas Complementarias | ☐ Continuar Manejo Médico |
| ☑ Pausas Activas | ☑ Uso de E.P.I. | |
| ☑ Higiene Postural | ☑ Remitir a EPS | |

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|---|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo |
| Cardiovascular: | Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva. |

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: LEONARDO FAVY VASQUEZ JIMENEZ
Identificación: CC. - 1067846090

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

3597

**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
**No. Identificación** 901050606-5
**Dirección:** CALLE 32 #9-44 CENTRO.
**Teléfono:** 7892270
**Email:** gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MONTERÍA - 2025/08/16 | Nro Ingreso: | 20250816020114 |
| Paciente: | JOSE DE LA CRUZ CHAVES FAJARDO | CC: | 78750675 |
| Edad: | 50 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Género: | Femenino | Tipo Evaluación: | EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO |
| Cargo: | VIGILANTE | Convenio: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Origen: | CONSORCIO INGENIO URBANO | Destino: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Fecha Atención: | 2025-08-16 10:31:20 | | |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | SEROLOGÍA | | |
| VISIOMETRIA | | | |

## Certificación de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: | **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO** |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE Y CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA DE SU EPS |
| ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: | **NORMAL** |
| RECOMENDACIONES AL ENFASIS: | NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL |

## Recomendaciones Generales

| | | |
|---|---|---|
| ☑ Examen Periódico Ocupacional | ☐ Realización Pruebas Complementarias | ☑ Continuar Manejo Médico |
| ☑ Pausas Activas | ☑ Uso de E.P.I. | |
| ☑ Higiene Postural | ☐ Remitir a EPS | |

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|---|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo |
| Visual: | Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual. |

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: JOSE DE LA CRUZ CHAVES FAJARDO
Identificación: CC. - 78750675

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

3598

**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
**No. Identificación** 901050606-5
**Dirección:** CALLE 32 #9-44 CENTRO.
**Teléfono:** 7892270
**Email:** gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MONTERÍA - 2025/08/16 | Nro Ingreso: | 20250815020112 |
| Paciente: | FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ | CC: | 1072262931 |
| Edad: | 28 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO |
| Cargo: | CONTADOR | Convenio: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Origen: | CONSORCIO INGENIO URBANO | Destino: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Fecha Atención: | 2025-08-15 11:17:55 | | |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | SEROLOGÍA | | |
| VISIOMETRIA | | | |

## Certificación de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: | **APTO CON RECOMENDACIONES** |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE Y CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA DE SU EPS<br>SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO |
| ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: | **NORMAL** |
| RECOMENDACIONES AL ENFASIS: | NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL |

## Recomendaciones Generales

| | | |
|---|---|---|
| ☑ Examen Periódico Ocupacional | ☐ Realización Pruebas Complementarias | ☐ Continuar Manejo Médico |
| ☑ Pausas Activas | ☑ Uso de E.P.I. | |
| ☑ Higiene Postural | ☑ Remitir a EPS | |

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|---|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo |
| Visual: | Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual. |
| Cardiovascular: | Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva. |

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ

Registro M.D: 1102857442

Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ

Identificación: CC. - 1072262931

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

3599

**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
**No. Identificación** 901050606-5
**Dirección:** CALLE 32 #9-44 CENTRO.
**Teléfono:** 7892270
**Email:** gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR**

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | MONTERÍA - 2025/08/16 | Nro Ingreso: | 20250815020116 |
| Paciente: | ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ | CC: | 1067897814 |
| Edad: | 34 años | Nombre Cliente: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO |
| Cargo: | RESIDENTE DE OBRA | Convenio: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Origen: | CONSORCIO INGENIO URBANO | Destino: | CONSORCIO INGENIO URBANO |
| Fecha Atención: | 2025-08-15 15:08:28 | | |



## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | SEROLOGÍA | | |
| VISIOMETRIA | | | |

## Certificación de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: | **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO** |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO |
| ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: | **NORMAL** |
| RECOMENDACIONES AL ENFASIS: | NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL |

## Recomendaciones Generales

| | | |
|---|---|---|
| ☑ Examen Periódico Ocupacional | ☐ Realización Pruebas Complementarias | ☐ Continuar Manejo Médico |
| ☑ Pausas Activas | ☑ Uso de E.P.I. | |
| ☑ Higiene Postural | ☑ Remitir a EPS | |

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

| | |
|---|---|
| Osteomuscular: | Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo |
| Cardiovascular: | Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva. |

## Limitaciones o Restricciones

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** NINGUNA

**Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ
Identificación: CC. - 1067897814

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

# Exámenes médicos de ingreso

# CONTRATISTA EDIFICAR

3550

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 07:57:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **UBALDER NEIL SALAZAR RODRIGUEZ**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78747235**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGIA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ○ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI ○ | NO ⊗ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ○ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

EL TRABAJADOR PUEDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES LABORALES A NIVEL DE SUELO, SIN EXCEDER ALTURAS SUPERIORES A 1.5MTS**

** Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: UBALDER NEIL SALAZAR
CC 78747235
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: UBALDER NEIL SALAZAR
CC 78747235
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3552

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 09:37:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **TEOBALDO CORTES JULIO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1001590349**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 VISIOMETRIA | 3 AUDIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI | NO | ARL | SI | NO | EPS | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ( ) | (X) | | ( ) | ( ) | | ( ) | ( ) |

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

TEOBALDO CORTES

Trabajador: TEOBALDO CORTES JULIO
CC 1001590349
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

TEOBALDO CORTES

Trabajador: TEOBALDO CORTES JULIO
CC 1001590349
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3554

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**

*Nit. 900728983 - 5*

*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*

*Tel: 3003866789*

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **06/09/2025 09:23:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **MAURICIO MANUEL MARTINEZ GALEANO**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1073814344**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) NO (X) | ARL | SI ( ) NO ( ) | EPS | SI ( ) NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|

RECOMENDACIONES GENERALES:

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MAURICIO

Trabajador: MAURICIO MANUEL MARTINEZ
CC 1073814344
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MAURICIO

Trabajador: MAURICIO MANUEL MARTINEZ
CC 1073814344
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3556

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**

*Nit. 900728983 - 5*

*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*

*Tel: 3003866789*

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 08:46:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **MAURICIO JOSE ARGUMEDO OVIEDO**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1003590582**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 AUSIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI | NO | ARL | SI | NO | EPS | SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ( ) | (X) | | ( ) | ( ) | | ( ) | ( ) |

Recomendaciones generales:

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: MAURICIO JOSE ARGUMEDO
CC 1003590582
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: MAURICIO JOSE ARGUMEDO
CC 1003590582
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3558

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 08:02:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **LUIS ROBERTO FUENTES MADERA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78026764**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular (X) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) | NO (X) | ARL | SI ( ) | NO ( ) | EPS | SI ( ) | NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

RECOMENDAIONES ESPECIFICAS:

**TRABAJADOR PUEDE REALIZAR LABORES A NIVEL DE SUELO QUE SUPEREN ALTURAS SUPERIORESA 1,5 METROS

**SE SUGIERE VALORACION PRIORITARIA POR MEDICO GENERAL DE SU EPS HALLAZGO EN EXAMEN DE LABORATORIO

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS ROBERTO FUENTES MADERA
CC 78026764
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

**SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICION POR SU EPS

**TAMIZAJE DE TA POR 8 DIAS POR SU EPS ,DIETA SALUDABLE Y EJERCICIOS 4 VECES POR SEMANA

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS ROBERTO FUENTES MADERA
CC 78026764
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3560

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**

*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **06/09/2025 09:48:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JULIO CESAR PALACIOS CABALLERO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067846345**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR | 2 VISIOMETRIA | 3 AUDIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ○ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI ○ | NO ⊗ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ○ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 1067888431 RM: 1067888431

Trabajador: JULIO CESAR PALACIOS
CC 1067846345
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3561



**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.

**APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 1067888431 RM: 1067888431

Trabajador: JULIO CESAR PALACIOS
CC 1067846345
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3562

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**

*Nit. 900728983 - 5*

*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*

*Tel: 3003866789*

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 09:06:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JUAN CARLOS CARABALLO PALOMINO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 10783789**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) NO (X) | ARL | SI ( ) NO ( ) | EPS | SI ( ) NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|

Recomendaciones generales:

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JUAN CARLOS CARABALLO
CC 10783789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JUAN CARLOS CARABALLO
CC 10783789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3569

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**

*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **05/09/2025 07:17:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JORGE LUIS CONTRERAS MARTINEZ**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 15646850**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) NO (X) | ARL | SI ( ) NO ( ) | EPS | SI ( ) NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JORGE LUIS CONTRERAS
CC 15646850
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JORGE LUIS CONTRERAS
CC 15646850
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3566

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **09/09/2024 07:55:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **FIDEL ANTONIO MORA BANDA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 79475733**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) NO (X) | ARL | SI ( ) NO ( ) | EPS | SI ( ) NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|

RECOMENDACION ESPECIFICA:
SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Fidel A Mora

Trabajador: FIDEL ANTONIO MORA BANDA
CC 79475733
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FIDEL ANTONIO MORA BANDA
CC 79475733
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3568

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**

*Nit. 900728983 - 5*

*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*

*Tel: 3003866789*

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 07:41:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **EDWIN MEDINA MEDINA**

Cargo **AYUDANTE EN CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 8168995**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 VISIOMETRIA | 3 AUDIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) NO (X) | ARL | SI ( ) NO ( ) | EPS | SI ( ) NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|

RECOMENDACION ESPECIFICA:

SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: EDWIN MEDINA MEDINA
CC 8168995
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: EDWIN MEDINA MEDINA
CC 8168995
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3570

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**

*Nit. 900728983 - 5*

*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*

*Tel: 3003866789*

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 07:50:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067923283**

### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ○ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI ○ | NO ⊗ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ○ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Recomendaciones generales:

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Divier Ramirez

Trabajador: DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO
CC 1067923283
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO
CC 1067923283
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3572

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **05/09/2025 14:50:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1007781142**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 SEROLOGÍA | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | (X) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Aplazado | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto con restricciones | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para participar en la brigada | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ( ) | ( ) |
| Requiere restricciones de actividades | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral temporal | ( ) | ( ) |
| Requiere reubicación laboral permanente | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ( ) | ( ) |
| Apto para trabajar en alturas | ( ) | ( ) |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ( ) | ( ) |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ( ) | ( ) |
| Enfermedad Común | ( ) | ( ) |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

| REMISIÓN | SI ( ) | NO (X) | ARL | SI ( ) | NO ( ) | EPS | SI ( ) | NO ( ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

RECOMENDACIONES GENERALES:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Camilo Arias

Trabajador: CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ
CC 1007781142
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ
CC 1007781142
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3579

**LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S**
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ⊗



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **06/09/2025 07:49:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **PEDRO JOSE RAMOS VEGA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067905703**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR | 2 AUDIOMETRIA | 3 VISIOMETRIA |
| 4 EXAMENES DE LABORATORIO | 5 SEROLOGÍA | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para participar en la brigada | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ○ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

**REMISIÓN** SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** NUTRICION SI ○ NO ○

RECOMENDACION ESPECIFICA:
SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PEDRO JOSE RAMOS VEGA
CC 1067905703
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

*LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S*
*Nit. 900728983 - 5*
*Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA*
*Tel: 3003866789*

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PEDRO JOSE RAMOS VEGA
CC 1067905703
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

# NOTIFICACIONES DE RECOMENDACIONES MEDICAS

3576

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo German Antonio Mendoza Peñata ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 1064990343 de Cerete hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Herrero

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: German Mendoza CC. No. 1064990343

Firma Coordinador SST/ Residente STT:

3577

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Edwin Medina Medina ,identificado con cédula de ciudadanía No.: _____ de _____ hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Ayudante

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: _____ CC. No 6.164.995

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3578

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo ALVARO JOSE Mendoza Peñate ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 1064992791 de _____ hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Ayudante

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: Alvaro Mendoza CC. No. 1064992791

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3579

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Pedro Jose Ramos Vega ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 1067905703 de _____ hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Ayudante

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: Pedro Jose Ramos Vega CC. No. 1067905703

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3580

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Ivan Darío Hormiga ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 1093060? de Montería hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Ayudante

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: _____ CC. No. 1093060?

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3581

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Emilio Gomez Rodriguez, identificado con cédula de ciudadanía No.: 1068577422 de _____ hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Ayudante

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: emilio Jose Gomez CC. No. 1068577422

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3582

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Julio Polucio, identificado con cédula de ciudadanía No.: 1067842654 de Montelibano hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Ayudante

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: Julio polucio CC. No. 1067842654

Firma Coordinador SST/ Residente STT: Julio

3583

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Dwier Antonio Ramirez Solano, identificado con cédula de ciudadanía No.: 1.067973283 de Montería hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Oficial

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: Dwier A. Ramirez S. CC. No. 1.067973283

Firma Coordinador SST/ Residente STT:

3589

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Luis Fuentes Madera ,identificado con cédula de ciudadanía No.: 78026764 de _____ hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Ayudante

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: Luis Fuentes CC. No. 78026764

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3585

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Jorge Contreras Martinez, identificado con cédula de ciudadanía No.: 15646850 de _____ hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Oficial

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: _____ CC. No. 15646254

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

3586

| CONSORCIO INGENIO URBANO | **FORMATO DE NOTIFICACION DE RECOMENDACIONES MEDICAS** | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

Yo Juan Carlos Caraballo Palomino identificado con cédula de ciudadanía No.: 1078378 9 de _____ hago constar que he sido notificado por el personal de seguridad y salud en el trabajo sobre las recomendaciones médicas emitidas por la entidad donde se realizaron los exámenes médicos ocupacionales

De igual manera me comprometo a acatar estas recomendaciones e informar sobre cualquier estado o variación de mis condiciones de salud para ejercer la labor de: Oficial

Como constancia se firma este compromiso el día 20 de Agosto de 2025

Firma Colaborador: _____ CC. No. 1078378 9

Firma Coordinador SST/ Residente STT: _____

# INDICADORES SST

CONSORCIO INGENIO URBANO

# REPORTE DE INDICADORES SG - SST

Alcaldía de MONTERÍA

**RESPONSABLE:** LEONARDO VASQUEZ JIMENEZ

**PERIODO DE GESTIÓN:** 11 AGOSTO AL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2025

**PROYECTO:** PARQUE LINEAL CALLE 44 ENTRE CARRERAS 2DA Y 4TA

**FUENTE DE INFORMACIÒN**

| NUMERO DE ACCIDENTES OCURRIDOS | NUMERO DE TRABAJADORES | DIAS TRABAJADOS EN EL MES | CONSTANTE K | HORAS HOMBRE TRABAJADAS | DIAS DE LA SEMANA TRABAJADOS | HORAS JORNADA LABOR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 27 | 30 | 240000 | 5184 | 6 | 8 |

| DIAS DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL | DIAS DE INCAPACIDAD POR AT | NUMERO DE HORAS PERDIDAS POR EG | CONSTANTE K1 | NUMERO DE HORAS PERDIDAS POR AT | NUMERO DE HORAS PERDIDAS TOTALES | NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 1000 | 0 | 0 | 0 |

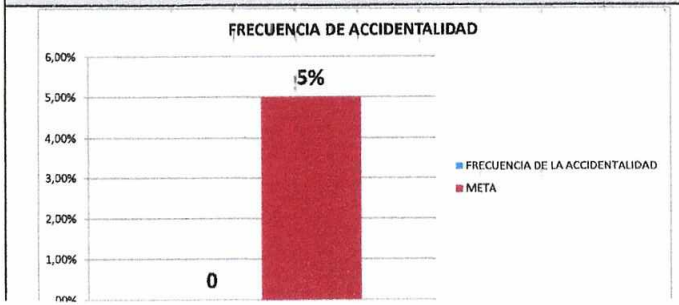
| DIAS CARGADOS POR ACCIDENTE DE TRABAJO | DÍAS CARGADOS POR ENFERMEDAD LABORAL | NUMERO DE DÍAS POR INCAPACIDAD ENFERMEDAD LABORAL | NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD LABORAL | PROMEDIO DE TRABAJADORES | NUMERO DE CASOS ANTIGUOS DE ENFERMEDAD LABORAL | NUMERO DE ACCIDENTES MORTA PERÍODO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

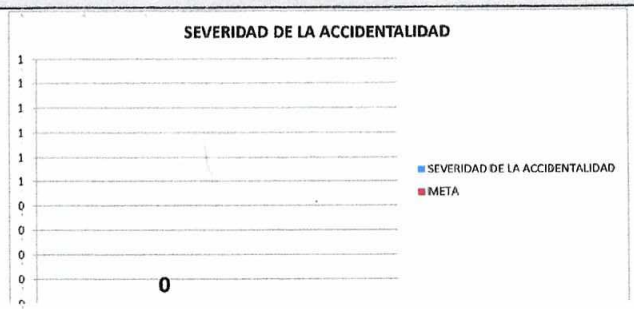
| NÚMEROS DE INCIDENTES REPORTADOS EN EL MES | DÍAS DE TRABAJO PROGRAMADO EN EL MES |
|---|---|
| 0 | 24 |

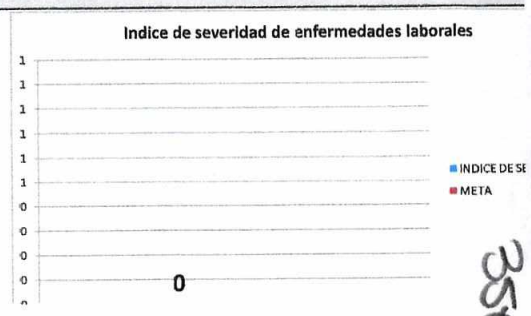
**INDICADOR**

| INDICADOR | FORMULA | TENDENCIA | RESULTADO | META | ANALISIS |
|---|---|---|---|---|---|
| FRECUENCIA DE LA ACCIDENTALIDAD | N° de AT en el mes / N° de trabajadores en el mes * 100 | Descendente | 0 | 5% | Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes |
| SEVERIDAD DE LA ACCIDENTALIDAD | N° de días de incapacidad + N° de días cargados en el mes /N° de trabajadores en el mes * 100 | Descendente | 0 | Reducir el 8% | Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes |
| INDICE DE SEVERIDAD DE ENFERMEDADES LABORALES | N° de días de incapacidad + N° de días cargados /HHT * K (240.000) | Descendente | 0 | Mantener en 0 | |
| INCIDENCIA ENFERMEDAD LABORAL | Número de casos nuevo de enfermedad laboral en el Periodo / promedio de trabajadores en el | Descendente | #DIV/0! | Mantener en 0 | Número de casos nuevos de enfermedades laborales en una población determinada en un tiempo |
| PREVALENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL | Número de casos nuevo y antiguos de enfermedad laboral en el Periodo / promedio de | Descendente | #DIV/0! | Mantener en 0 | Número de casos de enfermedades laborales presentes en una población en un periodo d |
| PROPORCIÓN DE ACCIDENTES MORTALES | N° de AT mortales que se presentaron en el año / Total de AT que se presentaron en el año * 100 | Descendente | 0 | Mantener en 0 | Número de accidentes de trabajo mortales en el año |
| INDICE DE FRECUENCIA | (No. Accidentes Ocurridos /HHT)*K | Descendente | 0 | 10% | Evalúa y presenta los resultados de la frecuencia de los eventos en un periodo de tie |
| INDICE DE SEVERIDAD | (Dias de incapacidad AT/HHT)*K | Descendente | 0 | Reducir el 8% | Expresa los días perdidos según el evento que se trate. La gravedad o severidad de los eventos se mide mediante los días perdidos que a su v |
| INDICE DE LESIÒN INCAPACITANTE | Indice de Frecuencia * Indice de Severidad/K | Descendente | 0 | Mantener en 2 puntos el indice | Se expresa como el producto del índice de frecuencia por el índice de gravedad sobre |
| AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA | Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / número de días de | Descendente | 0 | N/A | Ausentismo es la ausencia al trabajo con incapacidad médica |
| TASA DE AUSENTISMO POR AT | (No.Horas perdidas AT/HHT)*100 | Descendente | 0 | 5 | |
| FRECUENCIA DE INCIDENTES | Nº de Incidentes reportados / #Trabajadores*100 | Descendente | 0 | 5% | Número de veces que ocurre un incidente de trabajo en el mes |

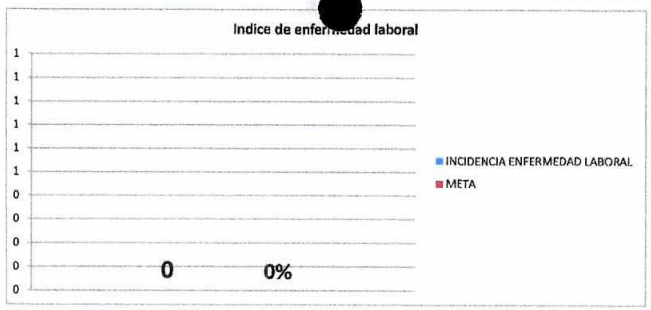
**GRAFICO**

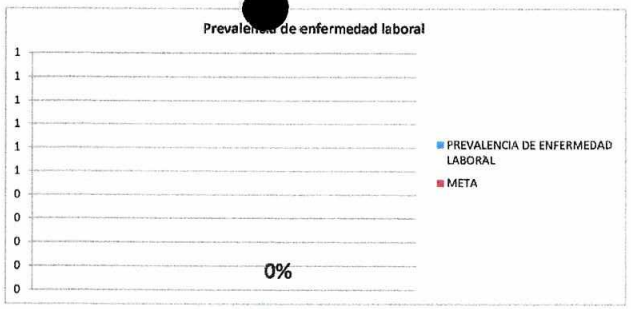


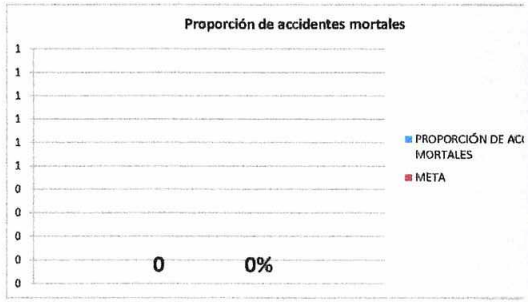



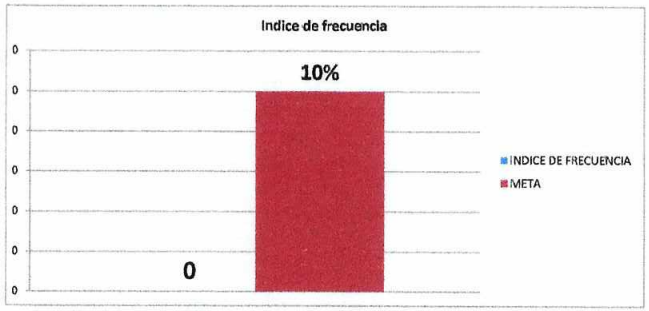



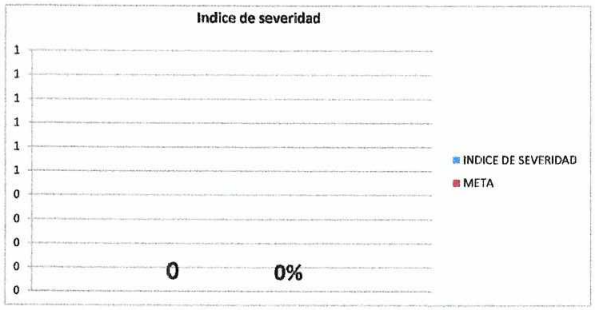

35

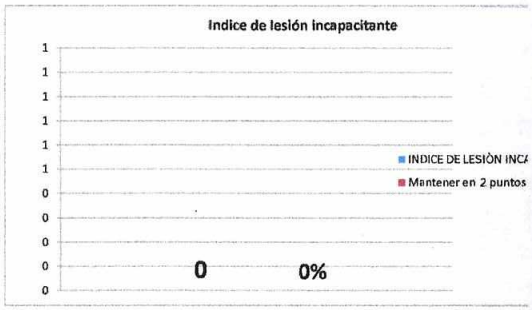


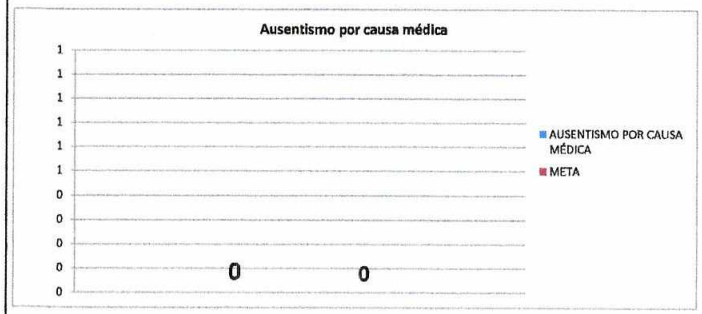



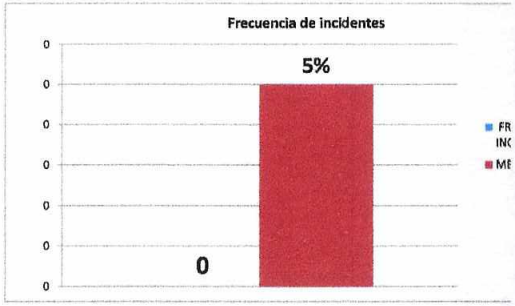










**ANALISIS DE DATOS**

No se presentaron novedades para el periodo entre el 11 de agosto y el 11 de septiembre de 2025

# INSPECCIONES PLANEADAS

3589

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO INSPECCIÓN DE CAMILLAS | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|
| | FORMATO DE INSPECCIONES PLANEADAS | |

| Fecha de Inspección: 10/09/2025 | Hora: 3:00 pm | Sitio | OBRA PARQUE 44 |
|---|---|---|---|
| Responsable: LEONARDO VASQUEZ | | | |
| Frente de trabajo: OFICINA | Ubicación de la camilla: OFICINA | | |

| CONDICIONES GENERALES | Cumple | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| | SI | NO | |
| ¿La camilla se encuentra visible? | X | | |
| ¿La camilla es de fácil acceso, sin elementos que la obstruyan? | X | | |
| ¿Se encuentra señalizada? | X | | |
| ¿El soporte se encuentra en buenas condiciones? | X | | |
| ¿Cuenta con correas de seguridad? | X | | |
| ¿Cuenta con sugetadores para agarre? | X | | |
| ¿Cuenta con juego de inmovilizadores de miembro inferior y superior? | X | | |

Leonardo Vasquez Jimenez

**Firma responsable inspección**

3590

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE INSPECCIÓN DE EXTINTORES<br>GESTIÓN SST | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

| CONCEPTO | EXTINTOR 1 | | | EXTINTOR 2 | | | EXTINTOR 3 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | C | NC | NA | C | NC | NA | C | NC | NA |
| Ubicación del extintor | OFICINA 10LBS | | | ALMACEN OBRA 20LBS | | | | | |
| El extintor está ubicado en el lugrar preestablecido | X | | | X | | | | | |
| El extintor no presenta obstáculos para su acceso | X | | | X | | | | | |
| El extintor está completamente cargado y operable | X | | | X | | | | | |
| Las calcomanías y las placas de instrucción están legibles y en el frente del extintor (Tipo/Fecha) | X | | | X | | | | | |
| El gabinete o gancho está ubicado a una altura no mayor a 1,5 mt. | X | | | X | | | | | |
| La base del extintor está al menos a 10 cm de altura sobre el nivel del piso | X | | | X | | | | | |
| El extintor tiene el sello de seguridad | X | | | X | | | | | |
| El extintor tienen el pasador o pin de seguridad | X | | | X | | | | | |
| La pintura del cilindro está en buen estado | X | | | X | | | | | |
| El cilindro está en buen estado, sin oxidación, roturas, abolladuras, golpes o deformaciones | X | | | X | | | | | |
| La manguera del extintor está en buen estado, sin roturas, poros, agrietamientos u obstrucciones con papel, animales, entre otros. | X | | | X | | | | | |
| Los empalmes de la manguera a la válvula y a la corneta o boquilla están bien | X | | | X | | | | | |
| La Corneta en los extintores de CO2 no presenta fisuras, cristalización y defectos en acoples | X | | | X | | | | | |
| La válvula no presenta oxidación, daños en la manija, deformaciones que impidan su funcionamiento | X | | | X | | | | | |
| La lectura de presión está dentro del rango operable | X | | | X | | | | | |
| Agente Extintor | PQS | | | PQS | | | | | |
| Fecha de vencimiento | dic-25 | | | dic-25 | | | | | |

| OBSERVACIONES | ACCIÓN DE MEJORA | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

| | DIA | MES | AÑO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSPECCIÓN | 9 | 9 | 2025 | | | | |
| RESPONSABLE DE LA INSPECIÓN | LEONARDO VASQUEZ JIMENEZ | | | | | | |

3591

| CONSORCIO INGENIO URBANO | FORMATO DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|
| | FORMADE INSPECCIONES PLANEADAS | |

| | |
|---|---|
| **RESPONSABLE DE INSPECCIÓN** | LEONARDO VASQUEZ |
| **CARGO** | PROF SST CONSORCIO INGENIO URBANO |
| **FECHA DE INSPECCIÓN** | 10/09/2025 |
| **FECHA PROXIMA INSPECCIÓN** | 10/10/2025 |
| **UBICACIÓN DEL BOTIQUÍN** | BODEGA PARQUE 44 |
| **CENTRO DE COSTOS** | N/A |

| DESCRIPCIÓN DEL ELEMENTO DEL BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS* | ESTADO | | CANTIDAD | FECHA VENCIMIENTO** | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | | | |
| GASAS LIMPIAS PAQUETE | X | | 1 | | |
| ESPARADRAPO DE TELA ROLLO de 4" | X | | 1 | | |
| BAJALENGUAS | X | | 1 | | |
| GUANTES DE LATEX PARA EXAMEN | X | | | | |
| VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS | X | | | | |
| VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS | X | | | | |
| VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS | X | | | | |
| VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS | X | | | | |
| YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO) | X | | | | |
| SOLUCIÓN SALINA 250 cc ó 500 cc | X | | | | |
| TERMÓMETRO DE MERCURIO O DIGITAL | X | | | | |
| ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml | X | | | | |
| TIJERAS | | | | | |
| ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP | | | | | |
| PRESERVATIVOS | X | | | | |
| TOALLAS HIGIENICAS | X | | | | |
| COPITOS DE ALGONDON | X | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

OBSERVACIONES:

* Nota: Solo se deben tener medicamentos en el botiquín si existe personal entrenado para suministrarlo (médico o enfermera)
**Nota: Solo si aplica Fecha de vencimiento
Indique en las casillas en blanco otros elementos que se encuentren el botiquín.

# PREOPERACIONALES DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS

3592

CONSORCIO INGENIO URBANO

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA TALADRO

Alcaldía de MONTERÍA

**FECHA DE LA INSPECCIÓN:** 18/08/2025

**PERIODO: DEL** 18 Agosto **AL** 23 Sep **DEL** 2025

**TALADRO N°**

**MARCA:**

| DESCRIPCIÓN | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| ESTADO DE CONEXIONES ELÉCTRICAS (EXTENSION, CABLES, TOMA) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL MANDRIL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE LLAVE PARA ABRIR Y CERRAR EL MANDRIL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE BROCA Y PORTABROCAS | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE BOTON DEL SENTIDO DEL MOTOR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL MANGO LATERAL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIO ADECUADO PARA LA TAREA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, RUPTURAS) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE ORDEN Y ASEO DE LA MAQUINA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |

| Nombres, apellidos y cédula de los ejecutores | Firma |
|---|---|
| Julio Palacios 1067946345 | Julio P |
| Emilio Gomez 1068572122 | Emilio |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |




PARTES DE UN TALADRO

| FIRMA DE JEFE DE AREA | FIRMA DE INSPECTOR SST |
|---|---|
| | |

**OBSERVACIONES:**

**NOTA IMPORTANTE:** La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.

3593

CONSORCIO INGENIO URBANO

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA TALADRO

Alcaldía de MONTERÍA

**FECHA DE LA INSPECCIÓN:** 25/08/2025

**PERIODO: DEL** 25 Agosto **AL** 30 Agos **DEL** 2025

**TALADRO N°**

**MARCA:**

| DESCRIPCIÓN | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| ESTADO DE CONEXIONES ELÉCTRICAS (EXTENSION, CABLES, TOMA) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL MANDRIL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE LLAVE PARA ABRIR Y CERRAR EL MANDRIL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE BROCA Y PORTABROCAS | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE BOTON DEL SENTIDO DEL MOTOR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL MANGO LATERAL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIO ADECUADO PARA LA TAREA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, RUPTURAS) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE ORDEN Y ASEO DE LA MAQUINA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |

| Nombres, apellidos y cédula de los ejecutores | Firma |
|---|---|
| Julio Palacios 1067846345 | JULIO P. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |




PARTES DE UN TALADRO

**FIRMA DE JEFE DE AREA**

**FIRMA DE INSPECTOR SST**

**OBSERVACIONES:**

**NOTA IMPORTANTE:** La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.

3594

CONSORCIO INGENIO URBANO

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL PARA TALADRO

Alcaldía de MONTERÍA

**FECHA DE LA INSPECCIÓN:** 1/09/2025

**PERIODO: DEL** 1 Sep **AL** 6 Sep **DEL** 2025

**TALADRO N°**

**MARCA:**

| DESCRIPCIÓN | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| ESTADO DE CONEXIONES ELÉCTRICAS (EXTENSION, CABLES, TOMA) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL INTERRUPTOR DE ENCENDIDO Y SU SEGURO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL MANDRIL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE LLAVE PARA ABRIR Y CERRAR EL MANDRIL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE BROCA Y PORTABROCAS | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DE BOTON DEL SENTIDO DEL MOTOR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO DEL MANGO LATERAL | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| SE UTILIZA ACCESORIO ADECUADO PARA LA TAREA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| ESTADO GENERAL DEL TALADRO (FISURAS, RUPTURAS) | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | – | | – | | | |
| ESTADO DE ORDEN Y ASEO DE LA MAQUINA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |

| Nombres, apellidos y cédula de los ejecutores | Firma |
|---|---|
| Julio Palacios 1067846345 | Julio P |
| Alveiro Martinez 1064992791 | ALVEIRO |




PARTES DE UN TALADRO

**FIRMA DE JEFE DE AREA**

**FIRMA DE INSPECTOR SST**

**OBSERVACIONES:**

**NOTA IMPORTANTE:** La inspección preoperacional debe realizarla **UNICAMENTE** el **OPERADOR** del Equipo.

3505

CONSORCIO INGENIO URBANO

# INSPECCION PREOPERACIONAL PARA SIERRA CIRCULAR

Alcaldía de MONTERÍA

**FECHA DE LA INSPECCIÒN:** 18/08/2025 **SUPERVISOR:** Leonardo Vasquez J.

**SEMANA DEL:** 18 Agosto **HASTA:** 23 Agosto

**SIERRA CIRCULAR N°** | **SERIE:** | **MODELO:**

**MARCA:**

| DESCRIPCION | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| ESTADO DE CABLE Y CONEXIONES ELÉCTRICAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL GATILLO DE ENCENDIDO Y PALANCA DE BLOQUEO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL ACCESORIO PORTADISCOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL MANGO Y CUERPO (PERNOS DE OREJETAS, BASE, GRADUACIÓN PROFUNDIDAD DE CORTE) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE CUBIERTA DE LA SIERRA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE LA SIERRA Y SUS PIEZAS (BRIDAS, ANILLOS, PERNO) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA GUÍA DE CORTE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE ORDEN Y ASEO DE LA MAQUINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| **VoBo del personal HSE encargado** | | | | | | | | | | | | | | |

3506

| CONSORCIO INGENIO URBANO | INSPECCION PREOPERACIONAL PARA SIERRA CIRCULAR | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE LA INSPECCIÒN:** 25/08/2025 | | | **SUPERVISOR:** | Leonardo Vasquez | |
| **SEMANA DEL:** 25 Agosto | **HASTA:** 30 Agosto | | | | |
| **SIERRA CIRCULAR N°** | | **SERIE:** | | **MODELO:** | |
| **MARCA:** | | | | | |

| DESCRIPCION | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| ESTADO DE CABLE Y CONEXIONES ELÉCTRICAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL GATILLO DE ENCENDIDO Y PALANCA DE BLOQUEO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL ACCESORIO PORTADISCOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL MANGO Y CUERPO (PERNOS DE OREJETAS, BASE, GRADUACIÓN PROFUNDIDAD DE CORTE) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE CUBIERTA DE LA SIERRA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE LA SIERRA Y SUS PIEZAS (BRIDAS, ANILLOS, PERNO) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA GUÍA DE CORTE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE ORDEN Y ASEO DE LA MAQUINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| **VoBo del personal HSE encargado** | | | | | | | | | | | | | | |

| CONSORCIO INGENIO URBANO | INSPECCION PREOPERACIONAL PARA SIERRA CIRCULAR | Alcaldía de MONTERÍA |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE LA INSPECCIÒN:** 1 Sep /2025 | | **SUPERVISOR:** | |
| **SEMANA DEL:** 1 Septiembre | **HASTA:** 6 Septiembre | | |
| **SIERRA CIRCULAR N°** | **SERIE:** | **MODELO:** | |
| **MARCA:** | | | |

| DESCRIPCION | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| ESTADO DE CABLE Y CONEXIONES ELÉCTRICAS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL GATILLO DE ENCENDIDO Y PALANCA DE BLOQUEO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL ACCESORIO PORTADISCOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DEL MANGO Y CUERPO (PERNOS DE OREJETAS, BASE, GRADUACIÓN PROFUNDIDAD DE CORTE) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE CUBIERTA DE LA SIERRA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE LA SIERRA Y SUS PIEZAS (BRIDAS, ANILLOS, PERNO) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO GENERAL DE LA GUÍA DE CORTE | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| SE UTILIZAN ADECUADAMENTE LOS EPP PARA LA LABOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| SE HAN INSTALADO BARRERAS Y/O AISLAMIENTOS APROPIADOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| ESTADO DE ORDEN Y ASEO DE LA MAQUINA | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| **VoBo del personal HSE encargado** | | | | | | | | | | | | | | |

# COMPONENTE AMBIENTAL

# LICENCIAS AMBIENTALES DE LA CANTERA

3598

**REPUBLICA DE COLOMBIA**

**CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y DEL SAN JORGE, CVS**

**RESOLUCIÓN N°** 0-2-5154

**De Fecha:** 24 Sep. 2018

**"POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA UNA LICENCIA AMBIENTAL"**

**EL DIRECTOR GENERAL DE LA CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y DEL SAN JORGE CVS EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS, Y. .**

**CONSIDERANDO:**

Que a través de la Resolución No. 00.035 del 15 de Febrero de 1996, modificada por la Resolución No. 1-3502 del 20 de Agosto de 2009 y la Resolución No. 1-6590 del 29 de Octubre de 2012, esta corporación otorgó Licencia Ambiental a la señora: **CARMEN ELISA MARTINEZ GARCES,** identificada con la Cedula de Ciudadanía 34.970.319, expedida en Montería, para el proyecto de explotación de materiales pétreos en la Cantera Villa Carmen, localizada en la vía Montería – Planeta Rica, kilómetro 8 al costado derecho a 1.5 kilómetro de la vía en mención.

Que a través del Auto No. 8440 de Marzo 09 de 2017, se inició el trámite de la modificación solicitada y se ordenó remitir el expediente al Área de Licencias y Permisos de la Subdirección de Gestión Ambiental de la Corporación para evaluar la conveniencia y viabilidad de la solicitud.

Que funcionarios de la CVS se trasladaron al mencionado predio para constatar los datos contenidos en la solicitud de modificación presentada y determinar la viabilidad de la misma.

Que como consecuencia de la visita, se emitió el **Concepto Técnico ALP 2018-426 del 28 de Mayo de 2018**, en el cual se recomendó dar viabilidad a la modificación de la Licencia Ambiental solicitada, el cual hace parte integral del presente acto administrativo y se incorpora en su integridad en esta providencia.

**ASPECTOS GENERALES**

El presente estudio consiste en presentar el complemento al Estudio de Impacto Ambiental, por medio del cual la Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y San Jorge – CVS otorgó licencia ambiental mediante Resolución N° 00.035 del 15 de febrero de 1996 (Mod Res. 1.3502 del 20 de agosto de 2009, mod. por la Res. N° 1.6590 del 29 de octubre de 2012) para la explotación de un yacimiento de materiales de construcción otorgado mediante el contrato de concesión N° EJF – 091 integrado del 1° de febrero de 2016 de la Agencia Nacional de Minería, con un área total de 40 hectáreas ubicado en jurisdicción del municipio de Montería.

VALIDO PARA EL CONSORCIO INGENIO URBANO CON NIT 901963264-8 Y HATSA LA FECHA DE 1 DE DICIEMBRE DE 2025

3599

REPUBLICA DE COLOMBIA

CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y DEL SAN JORGE, CVS

RESOLUCIÓN N°

De Fecha:

El presente documento contiene el complemento del estudio de impacto ambiental para solicitar ante la CAR CVS, modificación de licencia ambiental otorgada mediante Resolución N° 00.035 del 15 de febrero de 1996 (Mod. Res 1.3502 del 20 de agosto de 2009, mod. Res. N° 1.6590 del 29 de octubre de 2012) solicitando las siguientes modificaciones:

Adicionar las actividades mineras a desarrollar en el área autorizada por la Agencia Nacional de Minería mediante el contrato de concesión EJF – 091 integrado y establecer sus impactos ambientales.

Incluir la actividad de perforación y voladura empleando explosivos donde no sea posible realizar el arranque del material por medios mecánicos dada la dureza del material rocoso.

Presentar los impactos ocasionados por la actividad de perforación y voladura y las respectivas medidas de manejo ambiental, actualizando el Plan de Manejo Ambiental aprobado en la licencia ambiental. Del mismo modo, se presentará la actualización del Plan de Contingencias que contenga las medidas preventivas y control del riesgo de las actividades incluidas.

Mediante Resolución N° 000991 del 18 de marzo de 2014 la Agencia Nacional de Minería ANM, "Por medio de la cual se aprueba la integración de las áreas de los títulos N° EJF – 091 y GLS – 112 y se ordena la integración de ambos títulos en el contrato de concesión N° EJF – 091". *(Anexa Resolucion)*

## DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

### LOCALIZACIÓN

El área del Contrato de Concesión EJF – 091 (integrado) se localiza a unos nueve (9) km al suroeste del casco urbano del municipio de Montería, en jurisdicción del corregimiento Las Pulgas. El acceso al área se realiza desde la ciudad de Montería, por la carretera pavimentada que conduce al municipio de Planeta Rica, en el kilómetro 8 al costado derecho, se desvía por un carreteable destapado en regular, ingresando por el sitio Bar Balay o El Caim del Chorizo, se ingresa y a unos 3 kilómetros de la vía pavimentada se ubica el área concesionada.

VALIDO PARA EL CONSORCIO INGENIO JURIDICO CON NIT 901.963864-8 Y HASTA LA FECHA DE 31 DE DICIEMBRE DE 2025

REPUBLICA DE COLOMBIA

CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE LOS VALLES DEL SINU Y DEL SAN JORGE, CVS

RESOLUCIÓN Nº

De Fecha:

- El horario estipulado por la corporación para la operación y ejecución del proyecto es el horario diurno, según lo establece la Resolución No. 627 del 2006 emanada del Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial hoy Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. En cuanto a la explotación del material, se estipula también el horario diurno de la mencionada normativa, siendo prudente y recomendable de 7 am – 5:00 pm.

**ARTÍCULO CUARTO:** Los demás términos, condiciones y obligaciones establecidos en la **Resolución No. 00.035 del 15 de Febrero de 1996**, modificada por la **Resolución No. 1-3502 del 20 de Agosto de 2009**, a su vez modificada por la **Resolución No. 1-6590 del 29 de Octubre de 2012** emanadas de esta corporación, continúan vigentes.

**ARTÍCULO QUINTO:** Notificar la presente Resolución a la señora: **CARMEN ELISA MARTINEZ GARCES** identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 34.970.319 de Montería o a su apoderado debidamente constituido, de conformidad con lo establecido en el artículo 66 y siguientes del C.P.A.C.A.

**ARTICULO SEXTO:** Contra la presente resolución procede recurso de reposición, el cual podrá interponerse ante el Director General de la Corporación Autónoma Regional de los Valles del Sinú y del San Jorge CVS, por escrito, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, según lo establecido en el artículo 76 del C.P.A.C.A.

**COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

**JOSÉ FERNANDO TRADO HERNÁNDEZ**
**Director General CVS**

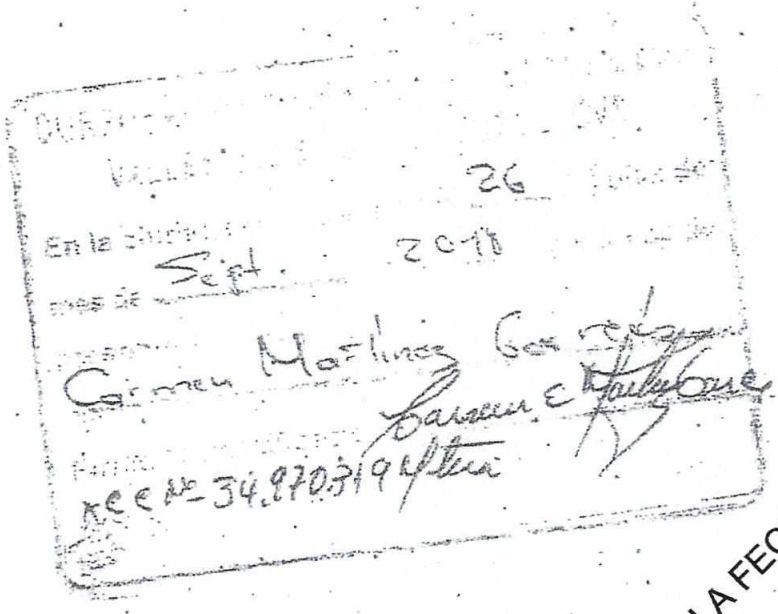
Proyecto: Roxana E.

Revisó: E. Torres.

P. Santana.

VÁLIDO PARA EL CONSORCIO INGENIO URBANO CON NIT 901.963.064-8 Y HASTA LA FECHA DE 31 DE DICIEMBRE DE 2025

3601




VÁLIDO PARA EL CONSORCIO INGENIO URBANO CON NIT:901.963264-8 Y HATSA LA FECHA DE 31 DE DICIEMBRE DE 2025