Para el desarrollo de este proyecto la interventoría cuenta con un grupo de profesionales en las diferentes áreas los cuales se relacionan:

| | |
|---|---|
| GERARDO DÍAZ MANJARRÉS | Representante Legal |
| HUMBERTO BOLÍVAR | Director de Interventoría |
| BIRON NIETO | Auxiliar de Interventoría |
| JORGE LÓPEZ | Auxiliar de Interventoría |
| LINA MARCELA GIRALDO OSOSRIO | Residente Social |
| JORGE IVAN GUEVARA RAMÍREZ | Tecnólogo SST |
| VICTORIA CAROLINA DÍAZ QUIROZ | Residente Ambiental |
| DIANA LÓPEZ CARDONA | Auxiliar Administrativa |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ELABORÓ** | **Tecnólogo SST de Interventoría** | **FIRMA**<br>Jorge Iván Guevara Ramírez | **FECHA**<br>Noviembre de 2019 |
| **REVISÓ** | **Gerardo Díaz Manjarrés** | **FIRMA**<br>Ing. Gerardo Díaz Manjarrés | **FECHA**<br>Noviembre de 2019 |
| **APROBÓ** | **Supervisor de SIF- Gobernación De Antioquia** | **FIRMA**<br>Alcides Díaz | **FECHA**<br>Noviembre de 2019 |

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

## INFORME MENSUAL SST DE INTERVENTORÍA

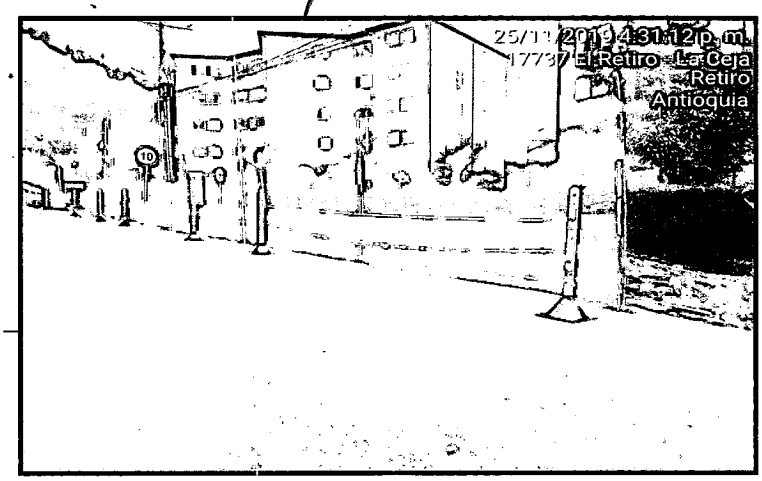
**CONTRATO Núm.**: 4600010174 DE 2019: INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL, FINANCIERA Y LEGAL PARA LA AMPLIFICACIÓN, RECTIFICACIÓN, PAVIMENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA VÍA PURO CUERO-PUENTE CHAPINEROS MUNICIPIO DE EL RETIRO SUBREGIÓN ORIENTE DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

**PERIODO REPORTADO:** DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2019

| | |
|---|---|
| **Elaboración:**<br>Jorge Iván Guevara Ramírez<br>Tecnólogo SST<br>Fecha: 10 de Diciembre de 2019 | Firma |
| **Revisión y aprobación:**<br>Gerardo Díaz Manjarres<br>Director de Interventoría<br>Fecha: 10 de Diciembre de 2019 | Firma |
| **Revisión y aprobación**<br>Alcides Díaz<br>SIF Gobernación de Antioquia<br>Fecha : | Firma |

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

PIENSA EN GRANDE



# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

**SEGUIMIENTO AL INFORME**

COPIAS DIGITALES

| DEPENDENCIA | No. DE COPIAS |
|---|---|
| COPIA 1 – GOBERNACION DE ANTIOQUIA | 1 |
| COPIA 2 - OFICINA INTERVENTORÍA. ARCHIVO | 1 |

COPIAS IMPRESAS

| DEPENDENCIA | No. DE COPIAS |
|---|---|
| COPIA 1 – GOBERNACION DE ANTIOQUIA | 1 |

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

Tabla de Contenido


**1. INTRODUCCIÓN** ..... ¡Error! Marcador no definido.

**2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO** ..... **4**

**3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO** ..... **7**

3.1. ACTIVIDADES DE OBRA MES DE NOVIEMBRE .. **¡Error! Marcador no definido.**

**4. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**¡Error! Marcador no defin

4.1. PLANEAR ..... **¡Error! Marcador no definido.2**

4.2. HACER ..... **¡Error! Marcador no definido.2**

4.3. VERIFICAR ..... **¡Error! Marcador no definido.5**

4.4. ACTUAR ..... **¡Error! Marcador no definido.6**

**5. ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA INTERVENTORÍA** ..... 17

**6.OBSERVACIONES,CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** ..... **18**

**7. ANEXOS** ..... **19**

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente es el informe de Seguridad y Salud en el Trabajo que corresponde al mes de noviembre de 2019, en donde se relaciona las actividades dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo presentado por el contratista INGEVÍAS S.A.S, en el marco del contrato N° 4600010161 "AMPLIACIÓN, RECTIFICACIÓN, PAVIMENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA VÍA PURO CUERO-PUENTE CHAPINERO MUNICIPIO DE EL RETIRO SUBREGION ORIENTE DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA". Lo anterior en concordancia a la normatividad del Ministerio de Trabajo y Ministerio de Protección Social.

A continuación, se presenta la información general de la obra, así como también se especifican actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con la normatividad (Decreto 1443 de 2014, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019), en la ejecución de las obras sobre las vías de intervención en el Municipio de El Retiro, actividades desarrolladas por interventoría, recomendaciones para el contratista y conclusiones.

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# 2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

## 2.1 **Localización**

Tabla 1 Localización del proyecto

| Número | Denominación(Carretera-Puente-Túnel) | Municipio |
|---|---|---|
| 4600010161 | El proyecto se ubica en el Municipio de El Retiro, sobre la cordillera central de los Andes, en el oriente del departamento de Antioquia. El área de intervención se encuentra en las coordenadas en sistema de referencia MAGNA-SIRGAS, desde su inicio (X: 842.413,20 Y: 1.162.618,29); hasta su fin (X: 842.830,40 Y: 1.161.453.86) y hace parte de la zona periurbana de este municipio, en los sectores Puro Cuero y Puente Chapineros. Las actividades contempladas son la ampliación, rectificación, pavimentación y construcción de obras complementarias, en la vía se conoce como Vía El Retiro – La Ceja, cuya longitud es de 1.400 m. | El Retiro |

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

2.1.1 Localización de la Vía

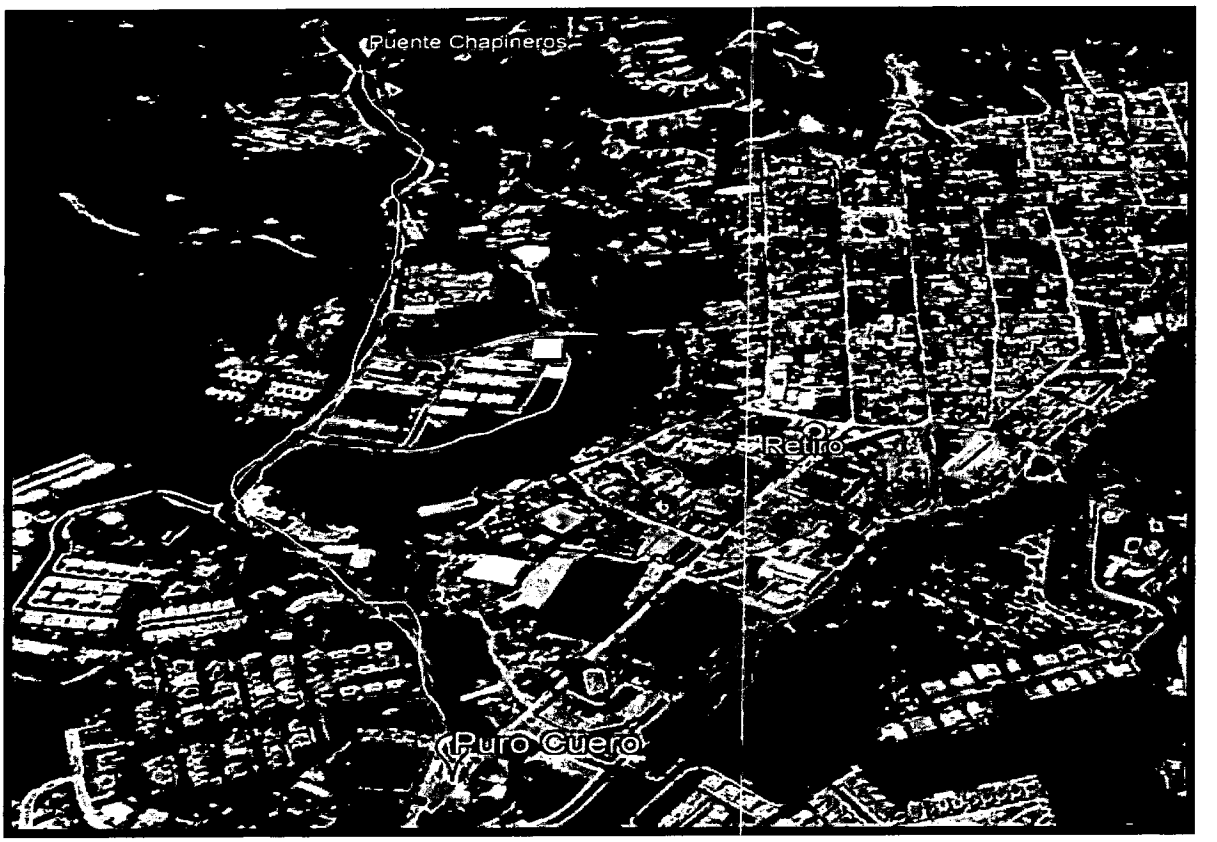



Imagen 1.Localización

Fuente: Google Earth

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

### 3. Información general del contrato

En la tabla 2 se describe a continuación la información sobre el contrato de obra.

**Tabla 2** .Datos generales de contrato

<table>
<tr><td colspan="3">NÚMERO</td><td colspan="3">4600010161</td></tr>
<tr><td colspan="3">FECHA DE SUSCRIPCIÓN</td><td colspan="3">10/09/2019</td></tr>
<tr><td colspan="3">FECHA DE INICIO DEL CONTRATO</td><td colspan="3">18/10/2019</td></tr>
<tr><td colspan="6">OBJETO: AMPLIACIÓN, RECTIFICACIÓN, PAVIMENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA VÍA PURO CUERO-PUENTE CHAPINERO MUNICIPIO DE EL RETIRO SUBREGION ORIENTE DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.</td></tr>
<tr><td colspan="3">DEPENDENCIA CONTRATANTE/ ASOCIADA</td><td colspan="3">DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA-SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA FISICA (SIF)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">CONTRATISTA/ ASOCIADO</td><td>NOMBRE</td><td colspan="3">INGENIERIA Y VIAS S.A.S</td></tr>
<tr><td>NIT</td><td colspan="3">800029899-2</td></tr>
<tr><td rowspan="3">VALOR ($):</td><td>INICIAL:</td><td></td><td colspan="2">4,469.805.651</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">ADICIONES</td><td>N°</td><td>VALOR ADICIONADO</td><td>% DE ADICIÓN</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>VALOR TOTAL</td><td colspan="4">4,469.805.651</td></tr>
<tr><td colspan="3">VALOR Y PORCENTAJE DE</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">PLAZO</td><td colspan="2" rowspan="2">INICIAL : 3 MESES</td><td colspan="2">FECHA DE INICIO</td><td>FECHA DE TERMINACIÓN</td></tr>
<tr><td colspan="2">18/10/2019</td><td>13/12/2019</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PRORROGAS</td><td>N°</td><td>TIEMPO PRORROGADO</td><td>NUEVA FECHA DE</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">HISTORICO DE SUSPENSIONES</td><td>N°</td><td>FECHA INICIO SUSPENSIÓN</td><td>FECHA</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
</table>

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

| | | |
|---|---|---|
| | **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN** | |

En la tabla 3 se describe a continuación la información sobre el contrato de Interventoría.

**Tabla 3** .Datos generales de contrato de Interventoría

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO** | | | 4600010174 | |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN** | | | 27/09/2019 | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | | | 18/10/2019 | |
| **OBJETO:** INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, AMBIENTAL FINANCIERA Y LEGAL PARA LA AMPLIFICACIÓN, RECTIFICACIÓN, PAVIMENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA VÍA PURO CUERO-PUENTE CHAPINEROS MUNICIPIO DE EL RETIRO SUBREGIÓN ORIENTE DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA. | | | | |
| **DEPENDENCIA CONTRATANTE/ ASOCIADA** | | | **DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA-SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA FISICA (SIF)** | |
| **CONTRATISTA/ ASOCIADO** | | **NOMBRE** | **CONSORCIO GS 2019** | |
| | | **NIT** | **901.323.142-2** | |
| **VALOR ($):** | **INICIAL:** | | **$280,899.504** | |
| | **ADICIONES** | **N°** | **VALOR ADICIONADO** | **% DE ADICIÓN** |
| | | | | |
| | **VALOR TOTAL** | **$280,899.504** | | |
| **VALOR Y PORCENTAJE DE** | | | | |
| **PLAZO** | **INICIAL: 3, 5 MESES** | | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE TERMINACIÓN** |
| | | | **18/10/2019** | **13/12/2019** |
| | **PRORROGAS** | **N°** | **TIEMPO PRORROGADO** | **NUEVA FECHA DE** |
| | | | | |
| **HISTORICO DE SUSPENSIONES** | | **N°** | **FECHA INICIO SUSPENSIÓN** | **FECHA** |
| | | | | |

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

| | | |
|---|---|---|
| | **NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN** | |

### 3.1 Actividades de obra mes de noviembre de 2019

Las actividades que se desarrollaron durante el mes de noviembre fueron:

| ACTIVIDAD | REGISTRO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| INDUCCIONES AL PERSONAL |  | Se verifica que al ingresar personal a obra, tengan las respectivas afiliaciones a seguridad social y que se les dicte la inducción. |
| ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL |  | Durante el período se entregó al personal contratista la dotación y EPP, requeridos. |

# CONSORCIO VIAL GS 2019

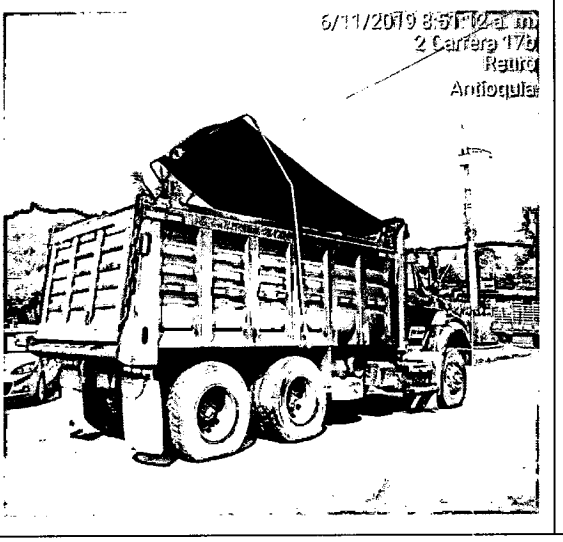
NIT: 901.323.142-2

| | | |
|---|---|---|
| INSPECCIONES PREOPERACIONALES |   | Se acompañó al contratista en la realización de inspecciones preoperacionales a vehículos y maquinaria en obra |

| ACTIVIDAD | REGISTRO | OSBSERVACIONES |
|---|---|---|
| CAPACITACIONES Y CHARLAS PRETURNO8 X |   | EL CONTRATISTA REALIZA CALISTENIAS CON EL PERSONAL, DICTA CHARLAS Y CAPACITACIONES |
| CONTROL DE TRÁFICO EN OBRA |   | VERIFICACIÓN DE LABORES DE CONTROL DE TRÁFICO EN OBRA |

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

| | | |
|---|---|---|
| DOCUMENTACIÓN DE VOLQUETAS |  | SE VERIFICA QUE LAS VOLQUETAS,QUE PRESTAN SERVICIO DE TRANSPORTE PARA LA OBRA, CUENTEN CON LA DOCUMENTACIÓN AL DÍA |

## 4. SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Para el período de este informe, teniendo en cuenta el SG-SST, como el procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:

I. **Planear:** Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo correctamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar estos problemas.

II. **Hacer:** Implementación de las medidas planificadas.

III. **Verificar:** Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados.

IV. **Actuar:** Realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud en los trabajadores.

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

A continuación se relacionan los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a la gestión adelantada por el contratista:

## 4.1. PLANEAR

4.1.1 Recursos

Recursos financieros, técnicos, humanos y de otra índole requerida para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG –SST).

**Tabla 4.**Relación de personal SST por Contratista

| Nombres y apellidos | Formación |
|---|---|
| Daisy Alejandra Botero Tangarife | Tecnólogo en Salud Ocupacional |

4.1.2 Gestión Integral del Sistema de gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo

- *Política del Sistema de Gestión de Seguridad y la Salud en el Trabajo*

El contratista incluyen en el SG-SST la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo enfocada en el compromiso de la empresa para la gestión de los riesgos laborales sobre los centros de trabajo, está política es difundida a todos los empleados del contratista. Se puede evidenciar los registros de inducción. **Anexos 7**. Actas De Inducción Del Personal Laboral De Ingevías S.A.S., en medio físico.

## 4.2 HACER

4.2.1 Gestión de la Salud

- Condiciones de seguridad en el Trabajo: Realización de los exámenes médicos ocupacionales, pre ingreso, periódicos. Los Exámenes de Ingreso del personal se encuentran incluidos dentro los anexos de las hojas de vida del personal laboral (Ver anexos en medio físico 9, 11,12 y 14).

- Servicios sanitarios y disposición de basura: En el Plan de Manejo Ambiental, se establecen actas de uso de baños con propietarios vecinos a la vía de influencia de la obra del contrato.
- Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes de trabajo: Durante la ejecución de actividades en el mes de noviembre, se reporta 0 accidentes laborales en los frentes de trabajo.

4.2.2 Gestión de Peligros y Riesgos :

- *Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos:* El Contratista no presenta la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos de acuerdo a las actividades a ejecutar en el objeto del contrato, con la metodología de la Guía Técnica Colombiana GTC 45 de 2012.
- *Medidas de prevención y control para intervenir los peligros/riesgos: :* El Contratista cuentan entre sus medidas de control para intervenir los riesgos prioritarios con programas así:
    - El contratista realiza inspecciones de seguridad pre-operacionales a la maquinaria en el Anexo 5.Inspecciones de seguridad, se documentan estas inspecciones.
    - Entrega de elementos de protección personal: el contratista de acuerdo a la matriz de E.P.P. necesarios para el cargo suministra al personal de obra los elementos de protección personal (EPP) necesarios para desarrollar sus actividades constructivas. En el Anexo 15..Entrega de elementos de protección personal.

4.2.3 Maquinaria y equipos: Se relaciona la documentación de la maquinaria y vehículos usados por el contratista durante el período de noviembre, dentro de las hojas de vida de los operadores. Ver anexos 2 y 12.

4.2.4 Gestión de Amenazas

- *Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias:*

El contratista INGEVIAS S.A.S cuenta con un Plan de Emergencias para el contrato, para este período se realizó convocatoria para conformar la brigada de emergencia, dotación para la atención de emergencias relacionada a continuación:

| ELEMENTO | CANTIDAD |
|---|---|
| Botiquín | 3 |
| Extintor | 7 |
| Camilla | 2 |
| Linterna | 2 |

- Inducción y reinducción en SG-SST: Todos los trabajadores que ingresan a la obra, reciben inducción en SST, por medio de este proceso se divulga a los trabajadores los siguientes temas (Ver Anexos 7 y 8 en medio físico. Inducciones SST):
  - Normas básicas de Seguridad y Salud en el Trabajo.
  - Factores de riesgo a los que están expuestos.
  - Política de seguridad y salud en el trabajo
  - Política de no alcohol y drogas.
  - Objetivo, organización del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
  - Acciones preventivas y correctivas

**4.3 VERIFICAR**

4.3.1 Verificación del SG-SST

-Gestión y resultados del SG-SST

Indicadores de estructura, proceso y resultado: A continuación, se presenta en la **Tabla 6.**Algunos indicadores que lleva el contratista.

| ITEM | MES |
|---|---|
| Número de trabajadores mes | 42 |
| Número de días trabajados mes | 19 |
| Horas laboradas mes | 4.040 |
| Horas extras laboradas mes | 50 |
| Horas hombres trabajadas en el mes(Horas laboradas+ extras-horas de | 4050 |

| | |
|---|---|
| ausentismo) | |
| Número de accidentes laborales mes | 0 |
| Número de accidentes mortales mes | 0 |
| Número de casos de enfermedad laboral reportado mes | 0 |
| Número de casos nuevos de enfermedad laboral | 0 |
| Número de casos antiguos de enfermedad laboral | 0 |

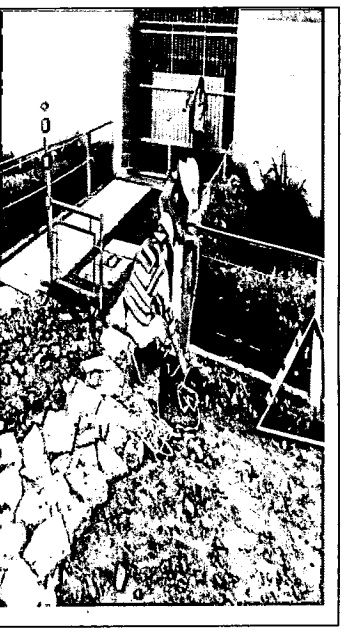
## 4.4 ACTUAR

*4.4.1* Mejoramiento

- *Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG-SST*

Para este período se han tenido en cuenta acciones preventivas o correctivas a continuación:

| **TIPO DE ACCION** | **DESCRIPCIÓN DEL EVENTO/HALLAZGO** | **ACCION TOMADA** | **REGISTRO FOTOGRÁFICO** |
|---|---|---|---|
| CORRECTIVA | Se observa en el ingreso a las unidades residenciales, dificultad de la comunidad para transitar, luego de realizar la demolición de andenes existentes. | Se ubican en los ingresos trozos de concreto, mientras llega el triturado para realizar el lleno temporal y mejorar el acceso. |  |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | |  |

## 5. ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA INTERVENTORÍA

Durante el período del presente informe se adelantaron las siguientes actividades en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo:

- Verificación de afiliaciones y pago de planillas de la seguridad social del personal laboral del contratista.
- Motivación al personal para reporte de actos y condiciones inseguros.
- Seguimiento al uso adecuado de elementos de protección personal.
- Se incentiva al personal para el cumplimiento de las políticas de SSTMA.
- Coordinar la señalización e identificación de riesgos en las áreas de trabajo.
- Participación en las capacitaciones en obra.
- Control de documentos de vehículos y de maquinaria en obra.
- Control del panorama de Riesgos.

## 6. OBSERVACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este mes en estudio, se tiene los siguientes aspectos:

- El personal que se ha retirado durante el mes, aún no se ha acercado a firmar su liquidación, por tanto, dichos soportes se anexaran en el próximo informe mensual.
- El contratista señalizó adecuadamente la zona intervenida. Además se pudo evidenciar el paso peatonal mediante el uso de colombinas, cintas y con señales.
- Esta interventoría pudo verificar la realización de las charlas de seguridad, las cuales se llevaron a cabo antes de comenzar la jornada laboral.
- El contratista cumplió con las políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente.
- Se motivó al personal laboral en obra para reportar los actos inseguros.
- El Contratista no presenta la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos de acuerdo a las actividades a ejecutar en el objeto del contrato, con la metodología de la Guía Técnica Colombiana GTC 45 de 2012.
- El Contratista no presenta capacitaciones de seguridad.

## 7. ANEXOS

Los anexos entregados por parte del contratista INGEVÍAS S.A.S., son los siguientes:

Anexo 1. Seguridad Social Del Personal Administrativo Del Contratista (Ingevias S.A.S.).

Anexo 2. Seguridad Social De Operadores De Maquinaria (Ingevias S.A.S.).

Anexo 3. Seguridad Social De Comisión Topográfica (Ingevias S.A.S.)

Anexo 4. Charlas De Seguridad Industrial

Anexo 5. Formatos De Inspección Pre-operacional (Ingevías S.A.S)

Anexo 6. Formatos De Inspección De Botiquines, Extintores Y E.P.P.

Anexo 7. Actas De Inducción Del Personal Laboral De Ingevías S.A.S.

Anexo 8. Acta De Inducción Del Personal Sub_Contratista (Gadica S.A.S.).

Anexo 9. Hojas De Vida De La Comisión Topográfica

Anexo 10. Hoja De Vida Del Personal Operativo Ingevías S.A.S.

Anexo 11. Hojas De Vida Personal Sub_ Contratista Gadica S.A.S.

Anexo 12. Hojas De Vida De Los Operadores De Maquinaria

Anexo 13. Hoja De Vida Del Conductor De Volqueta Ingevías S.A.S.

Anexo 14. Hojas De Vida De Los Conductores De Volquetas Doble Troque

Anexo 15. Formatos De Entrega Y/O Cambio De E.P.P. De Ingevías S.A.S

Anexo 16. Informe Mensual De Gestión Sst Mes De Noviembre De 2019 De Ingevías S.A.S.

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXOS

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 1

# SEGURIDAD SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL CONTRATISTA (INGEVIAS S.A.S.)

RUS®
nformación • Conocimiento

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-11-28, 11:18:51 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 42086767

**Periodo Cotización:** octubre de 2019 **Periodo Servicio:** noviembre de 2019

## PAGADO 26/11/2019

### EL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ıl** | INGEVIAS S A S | **Nombre Sucursal** | PROYECTO AMPLIACION | **Código Sucursal** | 31904 |
| | NI800029899 | **Dirección** | CARRERA 38 5 SUR 65 | | |
| **ɔresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 4485587 | | |
| **a** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | | |
| | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **ıte Legal** | RIVERA PALACIO JUAN SEBASTIAN | **Identificación** | CC 98669937 | | |
| **os** | 9 | **ARP** | ARL SURA | | |

### DEL APORTANTE

| tos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| DARIO CALLE GIL | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (25-14) COLPENSIONES | $ 165.624 | $ 26.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 165.624 | $ 6.700 | 6,960 | $ 165.624 | $ 11.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 166.000 | $ 6.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 51.500 |
| DAVID VARGAS MELO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.013.600 | $ 322.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.013.600 | $ 80.600 | 6,960 | $ 2.013.600 | $ 140.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 623.000 |
| A MARIA TORRES | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (25-14) COLPENSIONES | $ 82.812 | $ 13.300 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 82.812 | $ 3.400 | 6,960 | $ 82.812 | $ 5.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 83.000 | $ 3.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 25.900 |
| HA LUZ RESTREPO REPO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 15 | 15 | 15 | 15 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.500.000 | $ 240.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.500.000 | $ 60.000 | 6,960 | $ 1.500.000 | $ 104.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.500.000 | $ 60.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 464.400 |
| PATRICIA AVELLA WIZAR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 4.000.000 | $ 680.000 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 4.000.000 | $ 160.000 | 6,960 | $ 4.000.000 | $ 278.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.278.400 |
| CARLOS JIMENEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.532.999 | $ 245.300 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.532.999 | $ 61.400 | 6,960 | $ 1.532.999 | $ 106.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.400.000 | $ 56.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.400 |
| R AUGUSTO CARREÑO GAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.136.000 | $ 341.800 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.136.000 | $ 85.500 | 6,960 | $ 2.136.000 | $ 148.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 656.000 |
| L ANGEL ALVAREZ UEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 165.624 | $ 26.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 165.624 | $ 6.700 | 6,960 | $ 165.624 | $ 11.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 166.000 | $ 6.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 51.500 |
| FERNANDO OROZCO DO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 6.000.000 | $ 1.020.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 6.000.000 | $ 240.000 | 6,960 | $ 6.000.000 | $ 417.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 6.000.000 | $ 240.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.917.600 |

### ES

| | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 659 | $ 17.596.659 | $ 17.596.659 | $ 17.315.000 | $ 2.915.600 | $ 704.300 | $ 1.225.000 | $ 692.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.537.700 | $ 0 | $ 5.537.700 |



ba Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

~~18~~
22

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

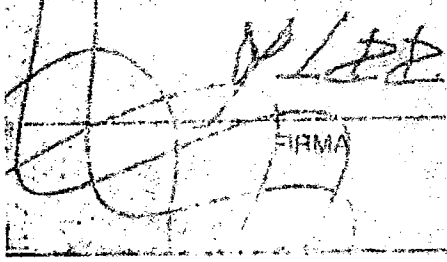
NUMERO 43.069.930

RESTREPO RESTREPO

APELLIDOS

MARTHA LUZ

NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1963

SANTA ROSA DE OSOS
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

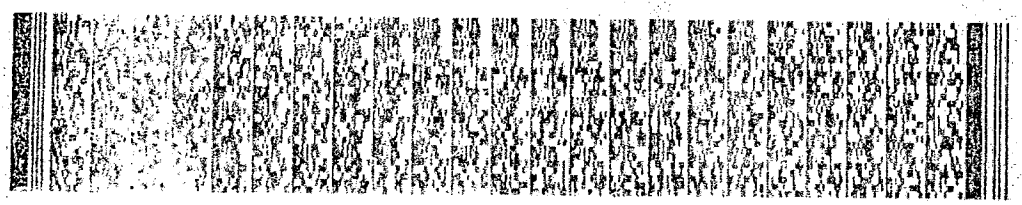
| 1.58 | A+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

18-OCT-1982 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE [illegible]



A-01 [illegible] 0423-F-00430690-20080725 00014077888A 1 5010005079

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-10-15

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | MARTHA LUZ RESTREPO RESTREPO | Documento: | CC 43069930 |
| Fecha de nacimiento: | 1963-11-01 | Lugar de nacimiento: | SANTA ROSA DE OSOS (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 56 años | Género: | Femenino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 1 |
| Dirección actual: | CR 43 A N 63 SUR 120 | Municipio: | SABANETA |
| Teléfono: | 3216352434 | Escolaridad: | Universitario_completo |
| Ocupación: | RESIDENTE SOCIAL | EPS: | Sura |
| Responsable**: | LIDA RESTREPO (HERMANA) | Teléfono: | 3216352434 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría: NO REALIZADA.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a MARTHA LUZ RESTREPO RESTREPO con documento de identificación No. 43069930 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de RESIDENTE SOCIAL del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.
2. Solicite en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su alteración del peso y del metabolismo de los lipidos y carbohidratos por Médico y Nutricionista. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.
3. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud valoracion y seguimiento de hallazgos en examen electrocardiografico. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.
4. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su sintomatologia osteomuscular a nivel de miembros superiores por medico general No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

PRUEBA COMPLEMENTARIA DE ELECTROCARDIOGRAMA (EKG) BASAL PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CARDIOVASCULAR: El trazado electrocardiográfico evaluado no presenta alteraciones ocupacionalmente relevantes.l.

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Hemoleucograma:Dentro de valores limites normales; - Glucosa en suero: Alterado; - Trigliceridos: Alterado; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Alterado.

CONSIDERACIONES ESPECIALES POR ALTERACION DE EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO: El examen de Colesterol Total y Lipoproteinas realizados muestran un valor aumentado, el cual no se asocia a vértigo y no le genera restricciones ocupacionales. Sinembargo, requiere ser evaluado integralmente por Médico y Dietética y Nutrición de su entidad de salud para establecer plan de manejo, ya que se asocia a un riesgo aumentado de ausentismo.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR ALTERACION DE EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO: El examen de de glucosa en ayunas muestra un valor ligeramente aumentado, pero se considera que no se asocia a vértigos y no le genera restricciones ocupacionales actualmente. Requiere ser evaluado por su entidad de salud, para la realización de las pruebas complementarias que permitan definir la existencia de una posible intolerancia a los hidratos de carbono y establecer el plan de manejo correspondiente.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES DEL ÉNFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA

DE ALTERACIÓN: Manifiesta sintomatologia osteomuscular a nivel de miembros superiores, al momento asintomatico y sin hallazgos patologicos al examen físico, razón por la cual no se emiten restricciones. Se deben implementar todas las medidas necesarias para adaptar el puesto de trabajo y mitigar un deterioro adicional, propiciando el desempeño seguro de la ocupación, acorde con lo establecido en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la Empresa.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

MARIBEL MAHECHA VASQUEZ
Médico y Cirujano
Universidad de Antioquia
Resolución Nº 5-3438
Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad CES
Licencia Nº 015475 - DSSA

Indice der

MARTHA LUZ RESTREPO RESTREPO
Documento: 43069930

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Transversal 5A No. 45-188 Medellín - Colombia PBX: 604 66 60**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-12-06 Hora: 08:35

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **MARTHA LUZ RESTREPO RESTREPO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **43069930** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 43069930 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | MARTHA LUZ RESTREPO RESTREPO |
| 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 | 01/01/2018 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 95 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 48 |
| EMPLEADOR(ES) | NI 800029899 INGENIERIA Y VIAS S.A.S DESDE 16/10/2019 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** 06/12/2019

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

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 06 de Diciembre de 2019

**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 INGEVIAS SAS que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000055 EL RETIRO | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6.96% |
| C43069930 | RESTREPO RESTREPO MARTHA LUZ | 16/10/2019 | | 206cCWTG | 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:C430699301934032994

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/12/2019 09:09:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

### CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARTHA LUZ RESTREPO RESTREPO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **43069930,** se encuentra afiliado (a) desde **12/08/1987** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de diciembre de 2019.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

comfama

Medellín, 6 de Diciembre de 2019

**La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama**

**hace constar que:**

Martha Luz Restrepo Restrepo con cédula 43069930, se encuentra afiliado(a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente por intermedio del empleador Ingenieria Y Vias S.a.s. con nit. 800029899, desde el 16 de octubre de 2019. No tiene grupo familiar registrado.

Se expide esta constancia a solicitud del empleador.

Cordialmente,

**DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO**

VIGILADO SuperSubsidio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.111.200.685
VARGAS MILLO

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

FIRMA



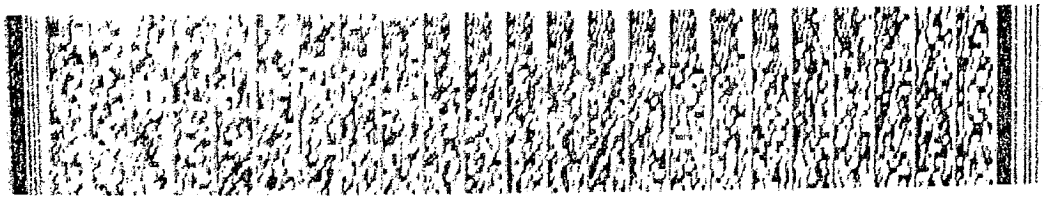


FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1994
MARIQUITA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |
|---|---|---|
| 1.69 | O+ | M |

30-ENE-2012 MARIQUITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2222200-00064277-M-1111200685-20140509 0037101080A 1 1282734503

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-09-16

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | JUAN DAVID VARGAS MELO | Documento: | CC 1111200685 |
| Fecha de nacimiento: | 1994-01-27 | Lugar de nacimiento: | MARIQUITA (TOLIMA ) |
| Edad: | 25 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | BARRIO RODEO | Municipio: | MEDELLIN |
| Teléfono: | 3227486219 | Escolaridad: | Universitario_completo |
| Ocupación: | RESIDENTE FORESTAL | EPS: | Nueva EPS |
| Responsable**: | LUZ MARINA MELO (MADRE) | Teléfono: | 3227486219 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JUAN DAVID VARGAS MELO con documento de identificación No. 1111200685 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de RESIDENTE FORESTAL del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicite en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su patología nasal alérgica no obstructiva por Médico General si los sintomas son persistentes. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

NATALIA GARCIA ARANGO
Médico
Universidad Pontificia Bolivariana
Resolución No. 5-1592

JUAN DAVID VARGAS MELO
Documento: 1111200685

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

Universidad CES
Resolución No. 058104 SSSA

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Transversal 5A No. 45-188 Medellín - Colombia PBX: 604 66 60**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-12-06 Hora: 05:40



## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN DAVID VARGAS MELO identificado(a) con CC 1111200685 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **01/02/2019** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **UNION TEMPORAL VIVA MEDELLIN - UT VIVA 1A - SEDE MEDELLIN - TR2** |
| **Categoría:** | **B** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 06 días del mes de diciembre del año 2019.

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**

ARL | sura

Medellín, 06 de Diciembre de 2019

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 INGEVIAS SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000055 - EL RETIRO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| C1111200685 | VARGAS MELO JUAN DAVID | 17/09/2019 | | q'220169 | 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:C1039694473193403889 1

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/12/2019 10:48:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

**CERTIFICA QUE:**

**JUAN DAVID VARGAS MELO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.111.200.685**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Diciembre del 2019.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

***Tenga en cuenta:***

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

comfama

Medellín, 6 de Diciembre de 2019

**La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama**

**hace constar que:**

Juan David Vargas Melo con cédula 1111200685, se encuentra afiliado(a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente por intermedio del empleador Ingenieria Y Vias S.a.s. con nit. 800029899, desde el 17 de septiembre de 2019. No tiene grupo familiar registrado.

Se expide esta constancia a solicitud del empleador.

Cordialmente,

**DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO**

VIGILADO SuperSubsidio






FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1971

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.74 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

28-JUL-1989 ENVIGADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0121800-00224159-M-0098555677-20100311 0021579898A 1 33071811

Director obra Metro
qdto Fecha ingreso, Cargo [illegible]
$900.000. Alim. Combustible

Sura EPS
porvenir
3136555410
+ Alim. + Comb.

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-09-14

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | JUAN FERNANDO OROZCO GIRALDO | Documento: | CC 98555677 |
| Fecha de nacimiento: | 1971-04-02 | Lugar de nacimiento: | MEDELLIN (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 48 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Casado | No. hijos vivos: | 1 |
| Dirección actual: | CORREGIMIENTO TABLAZA VEREDA ALTOS DE SAN MIGUEL | Municipio: | LA ESTRELLA |
| Teléfono: | 3136555410 | Escolaridad: | Universitario_completo |
| Ocupación: | DIRECTOR DE OBRA | EPS: | Sura |
| Responsable**: | DIANA MARIA GOMEZ (ESPOSA ) | Teléfono: | 3136555410 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | Su capacidad visual es deficiente pero no le genera restricciones para la ocupación. Requiere ser corregida.. |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación. |
| Espirometría computarizada: | NO REALIZADA. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JUAN FERNANDO OROZCO GIRALDO con documento de identificación No. 98555677 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de DIRECTOR DE OBRA del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su patología visual por Optómetra. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

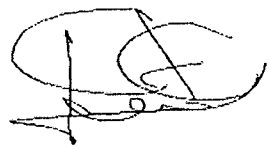
RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados:
- Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales
- Triglicéridos: Dentro de valores límites normales
- Colesterol total: Dentro de valores límites normales
- Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales
- Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales
- Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

CONSIDERACIONES POR LA PRESENCIA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS (MOS): El trabajador informa la existencia de material d osteosíntesis a nivel de pierna izquierda. Generalmente la presencia de este material no genera sintomatología ni riesgos adicionales, pero si el trabajo a realizar implica la exposición a vibraciones segmentarias, movimiento repetitivos intensos y prolongados o movilización de cargas, es necesario evaluar las condiciones específicas, teniendo en cuenta lo definido en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la Empresa, con la asesoría de la Administradora de Riesgos Laborale a la que está afiliada la Empresa.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisiór de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Kandy Vergara S

KANDY KAROLINA VERGARA SALGADO
Medica
Universidad de Sucre
Resolución N° 001421
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad de Antioquia
Resolución N° 0038875





Indice der

JUAN FERNANDO OROZCO GIRALDO
Documento: 98555677

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existenci de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segú lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.



Impreso por:
Fecha: 2019-09-16 Hora: 10:00

# Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

EPS | sura

**Numero de Solicitud** 61_12

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

| **Reingreso 1** | |
|---|---|
| Empleador | NI 800029899 INGENIERIA Y VIAS S.A.S |
| Afiliado | CC 98555677 JUAN FERNANDO OROZCO GIRALDO |
| Tipo de trabajador | 1 Dependiente |
| Salario Base | $ 6,000,000 |
| Cargo | OTRO |
| Sucursal | MEDELLIN CR 38 # 5 SUR - 65 LOMA DE LOS GONZALEZ CASAS DE CHIPRE |
| Fecha de ingreso | 16/09/2019 |
| Fecha de radicación | 16/09/2019 09:57:12 a.m. |
| Código de Transacción | 95031098 |
| **Resultado del Reingreso 1** | |
| Novedad aplicada con exito | El periodo de inicio de pago es 10/2019 |

40

ARL | sura

Medellín, 13 de septiembre de 2019

## 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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C98555677 | OROZCO GIRALDO JUAN FERNANDO | 16/09/2019 | | 13820616 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/09/2019 17:49:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JUAN FERNANDO OROZCO GIRALDO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **98,555,677**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

**Información personal:**

Documento

C98555677

Nombre

JUAN FERNANDO

Primer apellido

OROZCO

Segundo apellido

GIRALDO

Fecha de nacimiento

02/04/1971

Sexo

M

**Información laboral:**

Cargo

DIRECTOR DE OBRA

Salario

$ 6.000.000

Centro de trabajo

0000000055 - EL RETIRO

Afp

PORVENIR

Clase de riesgo

5

Tasa de riesgo

6.96

Teletrabajador

NO

EPS

SURA EPS

**Información de la empresa:**

Contrato

094213912

Documento

N800029899

Nombre

INGENIERIA Y VIAS S.A.S

Informe Registro de novedades Comfama

| | | | |
|---|---|---|---|
| r | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| :ión | 2019-09-16 10:29 a.m. | | |
| | 2019-09-16 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-09-16 23:59 p.m. |

comfama

abajador dependiente

| Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 98555677 | OROZCO | GIRALDO | JUAN | FERNANDO | 02.04.1971 | Masculino | Soltero | Fijo | 6000000,00 | 8 | 240 | 16.09.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 16.09.2019 |

ersonas a cargo

| cumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

onyuges

| cumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

le datos de residencia de trabajador

| cumento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

jadores dependientes

| cumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ənas a cargo

| nto | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

42

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

60.448.600
NUMERO

AVELLA VILLAMIZAR
APELLIDOS

DIANA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

04-OCT-1985
FECHA DE NACIMIENTO

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

06-OCT-2003 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2500100-55121081-F-0060448600-20040115 01834 04015A 02 148750080

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-09

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | DIANA PATRICIA AVELLA VILLAMIZAR | Documento: | CC 60448600 |
| Fecha de nacimiento: | 1985-10-04 | Lugar de nacimiento: | CUCUTA (NORTE DE SANTANDER) |
| Edad: | 33 años | Género: | Femenino |
| Estado civil: | Casado | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CRA 20 22-64 APTO 202 | Municipio: | LA CEJA |
| Teléfono: | 3004360399 | Escolaridad: | Estudios_posgrado |
| Ocupación: | INGENIERA RESIDENTE | EPS: | Medimás |
| Responsable**: | MICHAEL OCHOA (ESPOSO) | Teléfono: | 3004360399 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

## INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a DIANA PATRICIA AVELLA VILLAMIZAR con documento de identificación No. 6044860 considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INGENIERA RESIDENTE del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud. No le genera limitacione para el desempeño de su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES POR ANTECEDENTE OSTEOMUSCULAR:
El trabajadora refiere antecedente de una patologia osteomuscular en mano izquierda hace ocho año, valorada y tratada en su entid de salud,refiere con mejoría completa. En el momento se encuentra asintomática y su evaluación clínica esta en limites normales si ningún tipo de alteración en la evaluación osteomuscular. Por lo anterior, en el momento no se encuentra limitación para su oficio.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisió su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimient repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Juan Felipe Torres

JUAN FELIPE TORRES DÍAZ
Médico General
U. San MArtin

Indice der

DIANA PATRICIA AVELLA VILLAMIZAR
Documento: 60448600

Escanee el código
desea verificar dat

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 d
Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamen
la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricci
para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece qu
Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica
Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución
1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integra
su historial médico.



Impreso por: claudia.mejia
Fecha: 2019-09-13 Hora: 10:15

# medimás EPS No. 301 5684855

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación | Fecha de Radicación

### I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliado: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS): 1

### II. A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | Avella | Villamizar | Diana | Patricia |

| Tipo documento de identidad | 8. Número de identificación personal | 9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ | 10. Fecha de nacimiento: Día Mes Año |
|---|---|---|---|
| CC | 60446600 | | 07 07 1985 |

b. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo | Condición | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| Sura | | 4000000 |

| 18. Residencia: Dirección | Teléfono fijo | Correo electrónico |
|---|---|---|
| Cra 20 - 22 - 64 | 3002360399 | |
| Ciudad: La Ceja | Zona: Urbana ☒ Rural ☐ | Localidad/Comuna: Antioquia |

### III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 19. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | 23. Fecha de nacimiento: Día Mes Año |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| 24* | Ochoa | Avella | Liana | Michelle |
| 25 | Aguirre | Avella | Thais | Wrasshelly |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |

| | 29. Tipo de documento de identidad | 30. Número del documento de identidad | 31. Sexo: Femenino | Masculino | 32. Fecha de nacimiento: Día Mes Año |
|---|---|---|---|---|---|
| 24* | CC | 1053449850 | X | | 10 12 2010 |
| 25 | TI | 1091986738 | X | | 01 12 2010 |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |

Datos complementarios

| | 33. Parentesco | 34. Etnia | 35. Discapacidad: Tipo | Condición |
|---|---|---|---|---|
| 24* | HI | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |

| | 36. Lugar de residencia: Municipio | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 37. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 24* | | | | | | |
| 25 | | | | | | |
| 26 | | | | | | |
| 27 | | | | | | |
| 28 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 38. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| 1 | Coodun la Ceja | 91 |
| 2 | | |
| 3 | | |

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

| 39. Nombre o Razón Social | 40. Tipo de documento de identificación | 41. Número de identificación | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Ingevias | NIT | 800029899 | 1 |

| 43. Dirección de residencia | Correo electrónico | 44. Municipio | Departamento |
|---|---|---|---|
| Calle 65A N-30-15 | 4485587 | Medellin | Antioquia |

### V. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad:
1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección del tipo o número de identificación.
3. Actualización de documentos de identidad.
4. Actualización / corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la vinculación en la EPS. Código:
6. Reactivación en la EPS.
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒
9. Novedad de relación afiliado o recuperación de condición de beneficiario.
10. Terminación de la relación laboral o pensión de los cotizantes que siguen cotizando.
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado; A. Mismo Régimen; B. Diferente Régimen
14. Traslado
15. Reporte de fallecimiento.
16. Reporte del trámite de protección al cesante.
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
18. Reporte de la calidad de Pensionado.

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 47. Datos básicos de identificación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo Documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento: Día Mes Año | 48. Peso (en kilos) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 16 09 2019 |

| 49. EPS anterior | 50. Motivo de traslado: Código | 51. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

45. Declaración de responsabilidad cotizante de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración en la no aplicación de criterio al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
48. Declaración de ausencia de carnetes de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL ANTIOQUIA
AGENTE COMERCIAL
SOLUCIONES EFECTIVAS SAS

### VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable |
|---|---|
| | |

16 SEP 2019
ERIKA TATIANA RAMIREZ GONZALEZ
C.C. 43

### IX. ANEXOS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Anexo copia del documento de identidad | Cédula | TI | RC | PA | CE | CD | SC | Total | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente parcial o invalidez emitido por la autoridad competente | | | | | | | | | | | |
| 58. Copia del registro civil de matrimonio, de la Partida parroquial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | | | | | | | | | | | |
| 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión marital, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación donde conste la | | | | | | | | | | | |
| 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor | | | | | | | | | | | |
| 61. Copia de la orden judicial o de acto administrativo de custodia | | | | | | | | | | | |
| 62. Documento en que conste la viudez de la cónyuge supérstite, el registro civil de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre | | | | | | | | | | | |
| 63. Copia de la suscripción de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud | | | | | | | | | | | |
| 64. Certificación de constitución a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas | | | | | | | | | | | |
| 65. Copia del acta donde conste la conformación de los sindicatos completamente en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. | | | | | | | | | | | |

### X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código de Municipio | Código de Departamento | 67. Datos del SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación: Día Mes Año | 69. Fecha de Afiliación: Día Mes Año |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre |
|---|---|---|
| | | |

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

OBSERVACIONES

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

Scanned by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 13 de septiembre de 2019

## 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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C60448600 | AVELLA VILLAMIZAR DIANA PATRICIA | 16/09/2019 | | 24918611 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/09/2019 17:54:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Información personal:**

Documento

C60448600

Nombre

DIANA PATRICIA

Primer apellido

AVELLA

Segundo apellido

VILLAMIZAR

Fecha de nacimiento

04/10/1985

Sexo

F

**Información laboral:**

Cargo

INGENIERA RESIDENTE

Salario

$ 4.000.000

Centro de trabajo

0000000055 - EL RETIRO

Afp

PORVENIR

Clase de riesgo

5

Tasa de riesgo

6.96

Teletrabajador

NO

EPS

MEDIMAS EPS S.A.S CONTRIBUTIVO

**Información de la empresa:**

Contrato

094213912

Documento

N800029899

Nombre

INGENIERIA Y VIAS S.A.S

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **DIANA PATRICIA AVELLA VILLAMIZAR**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **60,448,600**, se encuentra afiliado(a) al **AL. FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

Informe Registro de novedades Comfama

| | | | |
|---|---|---|---|
| NIT Empleador | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| Fecha generación | 2019-09-16 08:17 a.m. | | |
| Fecha desde | 2019-09-16 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-09-16 23:59 p.m. |

comfama

Afiliación de trabajador dependiente

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 60448600 | AVELLA | VILLAMIZAR | DIANA | PATRICIA | 04.10.1985 | Femenino | Soltero | Fijo | 4000000,00 | 8 | 240 | 16.09.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 16.09.2019 |

Afiliación de personas a cargo

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarjeta de Identidad | 1091980238 | AGUIRRE | AVELLA | THAIS | WLASSHELLY | 02.02.2010 | Femenino | Hijo | No | | | 60448600 | 16.09.2019 |
| Registro Civil / NUIP | 1053449850 | OCHOA | AVELLA | TIANA | MICHELLE | 18.12.2015 | Femenino | Hijo | No | | | 60448600 | 16.09.2019 |

Afiliación de Conyuges

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Actualización de datos de residencia de trabajador

| Tipo documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Retiro de trabajadores dependientes

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Retiro de personas a cargo

| Tipo documento | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.283.922

CARREÑO VANEGAS

APELLIDOS

CESAR AUGUSTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1962**

**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**30-OCT-1981 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00198675-M-0079283922-20091121 0018176139A 1 29191310

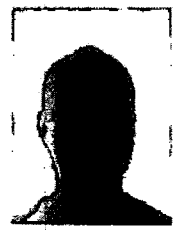
5310002763J

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-09-26

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | Ingenieria y Vias S.A.S. | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | CESAR AUGUSTO CARREÑO VANEGAS | Documento: | CC 79283922 |
| Fecha de nacimiento: | 1968-10-29 | Lugar de nacimiento: | SantaMarta (Magdalena) |
| Edad: | 50 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Casado | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CRA 3 N 75-120 POZOS COLORADOS | Municipio: | SANTA MARTA |
| Teléfono: | 3123473055 | Escolaridad: | Universitario_completo |
| Ocupación: | ADMINISTRADOR | EPS: | Nueva EPS |
| AFP: | Colpensiones | ARL: | Sura |
| Responsable**: | GLORIA BARBOSA (ESPOSA) | Teléfono: | 3106492748 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a CESAR AUGUSTO CARREÑO VANEGAS con documento de identificación No. 79283922 se considera NO PRESENTA RESTRICCIONES para desempeñar la ocupación de ADMINISTRADOR del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. control de laboratorio perfil lipidico por medico familiar eps.-.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

Exámenes de laboratorio clínico y pruebas complementarias para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica:

- Perfil lipídico: fuera de valores límites normales, alteración que no genera restricción para la labor
- Glicemia basal: dentro de valores límites normales.

- Electrocardiograma: dentro de valores límites normales.

- EMO de Ingreso Osteomuscular: sin alteraciones.

Trabajo en Alturas: Apto.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Isaac Humberto Jimenez Arzuza
Medico
Universidad Libre
Especialista en SST
Universidad Libre
TP No. 4716/2003
Res No. 5398-2016

Indice der
CESAR AUGUSTO CARREÑO VANEGAS
Documento: 79283922

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a

55

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 30/09/2019, el empleador INGEVIAS S.A.S identificado con NIT número 800029899 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

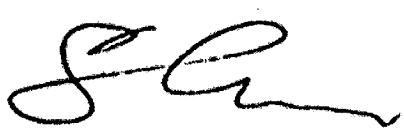
| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2143706 | 30/09/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 79283922 | CESAR AUGUSTO CARREÑO VANEGAS | 2000000 | ADMINISTRADOR DE EDIFICIOS | 2019-09-30 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Septiembre del año 2019.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

ARL | sura

Medellín, 27 de septiembre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número Identificació | Nombre | Fecha Inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000055 EL RETIRO | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C79283922 | CARREÑO VANEGAS CESAR AUGUSTO | 30/09/2019 | | 59252180 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/09/2019 16:41:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CESAR AUGUSTO CARREÑO VANEGAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79283922,** se encuentra afiliado (a) desde **11/04/1985** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | MultivinculaciónDecreto 3995/2008 |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES | 23 | COLPENSIONES | 01/06/2008 | No Aplica |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de noviembre de 2019.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

Ingreso exitoso

Señor usuario, imprima este reporte como soporte de las novedades que su compañía ha reportado.

IMPRIMIR EXTRACTO | IMPRIMIR SOPORTE | INGRESAR OTRO TRABAJADOR

**Información personal:**

Documento
C79283922

Nombre
CESAR AUGUSTO

Primer apellido
CARREÑO

Segundo apellido
VANEGAS

Fecha de nacimiento
29/10/1962

Sexo
M

**Información laboral:**

Cargo
administrador

Salario
$ 2.000.000

Centro de trabajo
0000000055 - EL RETIRO

Afp
COLPENSIONES

Clase de riesgo
5

Tasa de riesgo
6.96

Teletrabajador
NO

EPS
NUEVA EPS S.A.

**Información de la empresa:**

Contrato
094213912

Documento
N800029899

Nombre
INGENIERIA Y VIAS S.A.S

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| or | 800029899 | **Empleador** | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| ación | 2019-09-30 08:27 a.m. | | |
| | 2019-09-30 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-09-30 23:59 p.m. |

comfama

**trabajador dependiente**

| Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 79283922 | CARREÑO | VANEGAS | CESAR | AUGUSTO | 29.10.1962 | Masculino | Soltero | Fijo | 2000000,00 | 8 | 240 | 30.09.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 30.09.2019 |

**personas a cargo**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Conyuges**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ı de datos de residencia de trabajador**

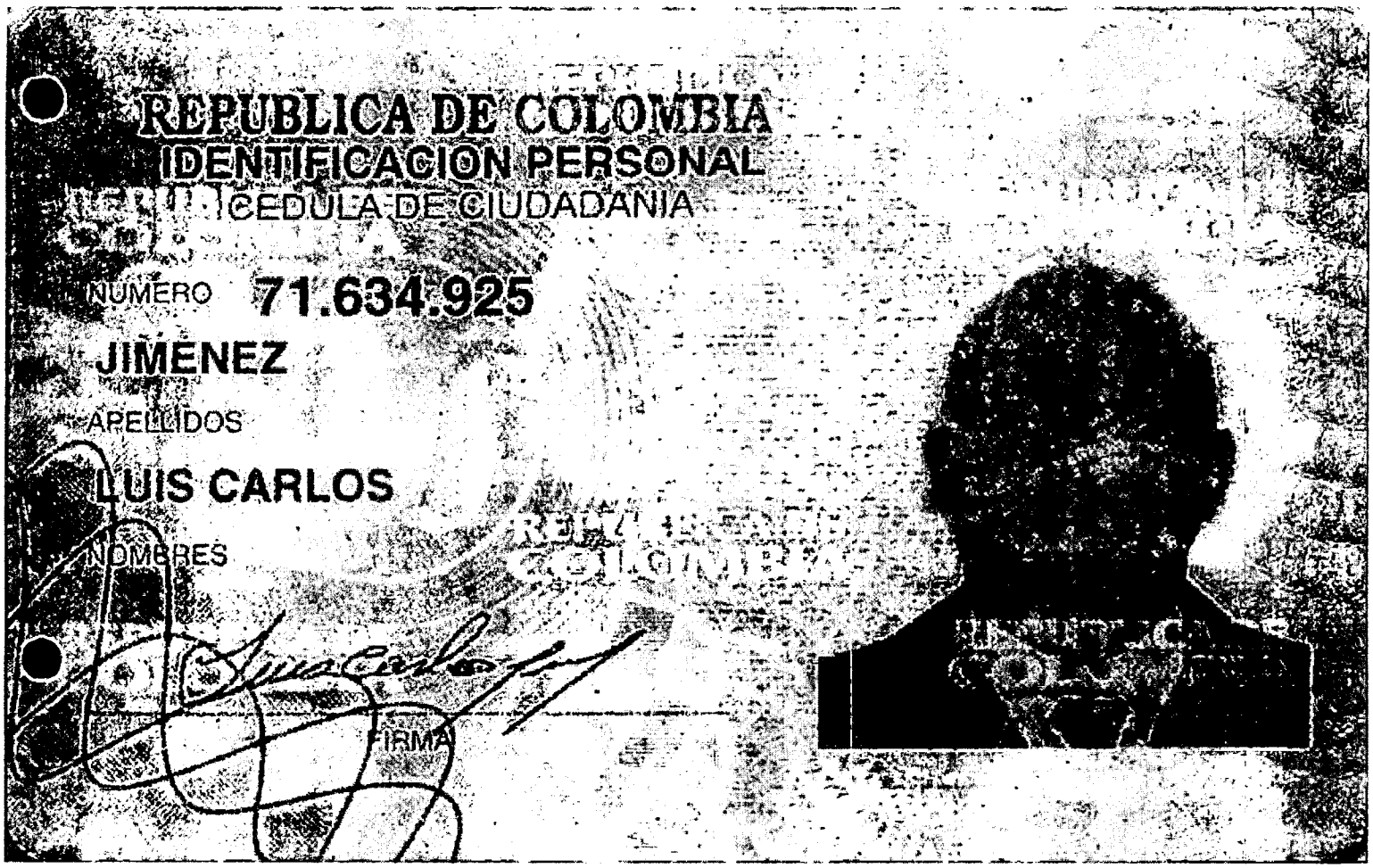
| ocumento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**bajadores dependientes**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**sonas a cargo**

| mento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 71.634.925
JIMENEZ
APELLIDOS
LUIS CARLOS
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1963

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

09-OCT-1981 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0117800-00199434-M-0071634925-20091124 0018248535A 1 27390848

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-09-19

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | LUIS CARLOS JIMENEZ | Documento: | CC 71634925 |
| Fecha de nacimiento: | 1963-07-19 | Lugar de nacimiento: | MEDELLIN (Antioquia) |
| Edad: | 56 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Casado | No. hijos vivos: | 3 |
| Dirección actual: | CL 19 36 B 15 APT 302 BARRIO LA LAMEDA | Municipio: | MARINILLA |
| Teléfono: | 5797620 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | ALMACENISTA | EPS: | Sura |
| Responsable**: | ALBA MERY GALLEGO (CUÑADA ) | Teléfono: | 3217526396 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LUIS CARLOS JIMENEZ con documento de identificación No. 71634925 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de ALMACENISTA del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

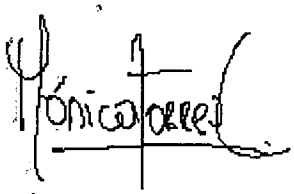
RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: elevado ; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales.

CONSIDERACIONES ESPECIALES POR ALTERACION DE EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO: El examen de Colesterol Total y Lipoproteinas realizados muestran un valor aumentado, el cual no se asocia a vértigo y no le genera restricciones ocupacionales. Sinembargo, requiere ser evaluado integralmente por Médico y Dietética y Nutrición de su entidad de salud para establecer plan de manejo, ya que se asocia a un riesgo aumentado de ausentismo.

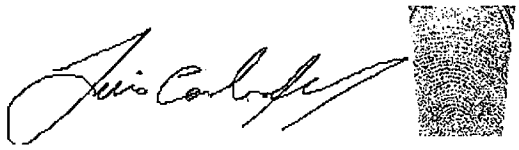
CONSIDERACIONES ESPECIALES POR PATOLOGIA DE LA PARED ABDOMINAL: Presenta una debilidad de la pared abdominal hernia umbilical reductible , no dolorosa, actualmente asintomática, que no le genera actualmente limitaciones ocupacionales para el oficio, pero se requiere que sea evaluada y manejada en su entidad de salud, para su control y seguimiento porque aumenta el riesgo de complicaciones.

PRUEBA COMPLEMENTARIA DE ELECTROCARDIOGRAMA (EKG) BASAL PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CARDIOVASCULAR: El trazado electrocardiográfico evaluado es de apariencia normal.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Mónica Alejandra Torres Cárdenas
Médico y Cirujano
Escuela de medicina CORPAS
Res: 73-563 de 2002
Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Universidad Manuela Beltran
R



Indice der

LUIS CARLOS JIMENEZ
Documento: 71634925

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-11-29 Hora: 10:07

614

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **LUIS CARLOS JIMENEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **71634925** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 71634925 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | LUIS CARLOS JIMENEZ |
| 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 | 11/05/2000 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 955 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 41 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **29/11/2019**

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

VIGILADO Supersalud

EPS | sura

ARL | sura

65

Medellín, 28 de Noviembre de 2019

**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 INGEVIAS SAS que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96% | | |
| C71634925 | JIMENEZ LUIS CARLOS | 23/09/2019 | | 12716612 | 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:C716349251933258312

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/11/2019 16:11:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

68

comfama

Medellín, 29 de Noviembre de 2019

**La Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Comfama**

**hace constar que:**

Luis Carlos Jimenez con cédula 71634925, se encuentra afiliado(a) a esta Corporación, en calidad de trabajador(a) dependiente por intermedio del empleador Ingenieria Y Vias S.a.s. con nit. 800029899, desde el 23 de septiembre de 2019. Tiene el siguiente grupo familiar registrado:

| Nombre | Parentesco |
|---|---|
| Luz Amparo Gallego Rojas | Cónyuge/compañero(a) |

Se expide esta constancia a solicitud del empleador.

Cordialmente,

**DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO**

VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **LUIS CARLOS JIMENEZ** , identificado(a) con Cédula de Ciudadania **71,634,925**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

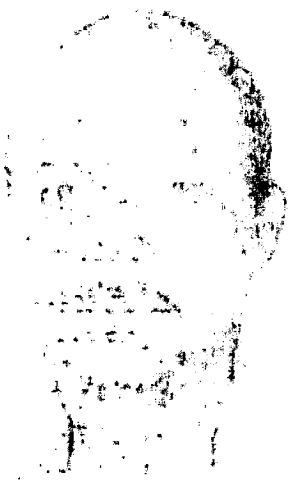
La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

68

REPUBLIC[illegible] DE COLOMBIA
IDENTIF[illegible]N PERSONAL
[illegible] CIUDADANIA

[illegible]37
[illegible]S
[illegible]L



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1974**

**SAN MARCOS**
**(SUCRE)**

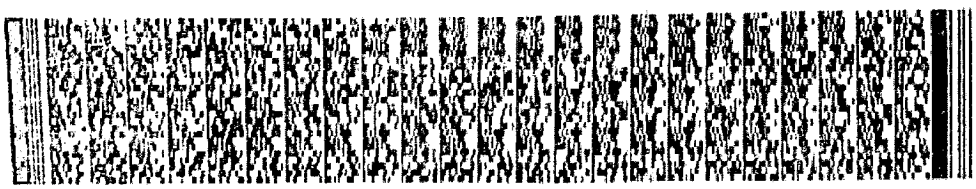
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.72** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**02-JUL-1996 AYAPEL**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-[illegible]900-00666674-M-0078112437-20150211 0042850851A 2 7153261313

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2019-08-01

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | RAILI MANUEL PEREZ TORRES | Documento: | CC 78112437 |
| Fecha de nacimiento: | 1974-05-01 | Lugar de nacimiento: | SAN MARCOS (SUCRE) |
| Edad: | 45 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Casado | No. hijos vivos: | 6 |
| Dirección actual: | CR 38 N 5 SUR 65 | Municipio: | EL DOVIO |
| Teléfono: | 3172283156 | Escolaridad: | Primaria_completa |
| Ocupación: | ENCARGADO | EPS: | Medimás |
| Responsable**: | DORA LOAIZA (ESPOSA) | Teléfono: | 3172283156 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | Su capacidad visual es deficiente pero no le genera restricciones para la ocupación. Requiere ser corregida.. |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación. |
| Espirometría computarizada: | Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a RAILI MANUEL PEREZ TORRES con documento de identificación No. 78112437 se considera es satisfactorio

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su defecto de refracción por Optómetra. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.
2. Solicite en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su alteración del peso por Médico y Nutricionista. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ES SATISFACTORIO

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL HEMATOLÓGICO:
Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados:
- Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales;
- Triglicéridos: Dentro de valores límites normales;
- Colesterol total: Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR DEFICIENCIA VISUAL:
Presenta un déficit visual importante no corregido actualmente. Se recomienda que se tramite la corrección de su déficit en su entidad de salud, para evitar la astenopia (cansancio visual) que eventualmente puede generar un riesgo aumentado de accidentalidad y disminución del rendimiento laboral.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGIA METABOLICA:
Su alteración del peso constituye una enfermedad metabólica de origen común que NO le genera restricciones ocupacionales para el desempeño de las diferentes tareas de la ocupación, pero se requiere que sea evaluada y manejada en la entidad de salud en que este afiliado, para su control y seguimiento. Esto eventualmente pudiera generar dificultades para el desplazamiento en terrenos irregulares y elevados con carga adicional o con necesidad de una movilización rápida, subir por escalas largos tramos o realizar una actividad física intensa por periodos de tiempo prolongado, por lo que esta situación debe ser evaluada de acuerdo a las condiciones especificas en que se desempañar el trabajo, para hacer las adaptaciones necesarias.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGÍA DE LA COLUMNA: Presenta una alteración de la curvatura de la

columna secundaria a un acortamiento de uno de los miembros inferiores, que no le genera actualmente limitaciones ni restricciones para desempeñar las actividades de su trabajo habitual.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

LUZ ANDREA GIRALDO TOBON
Médico y Cirujano
Universidad de Antioquia
Resolución N° 5-0328-06
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad CES
Resolución N°2016060090249



Indice der

RAILI MANUEL PEREZ TORRES
Documento: 78112437

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Calle 50 No. 46-36 Edificio Furatena piso 14 Medellín - Colombia** **PBX: 5 100 500**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por: personal.ingevias
Fecha: 2019-12-06 Hora: 08:43

# SuAporte | Informe Histórico Resumido

**Fecha de Creación del Informe:** viernes, 06 de diciembre de 2019 10:55:15 AM

**Período del informe: 201910**

**Pagada** 26/11/2019

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | INGEVIAS S A S | **Sucursal** | 31823 BARRANCAS 2019 |
| **Documento** | NI800029899 | **Dirección** | CARRERA 38 5 SUR 65 |
| **Tipo de Empresa** | | **Teléfono** | 4485587 |
| **Tipo Persona** | | **Forma Presentación** | |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **Representante Legal** | RIVERA PALACIO JUAN SEBASTIAN | **Identificación** | CC98669937 |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | Información del Pago | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | Administradoras | | | | IBC | | | | Liquidación de Aportes | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación del Cotizante | Apellidos y Nombres | Referencia pago (PIN) / Número planilla | Fecha de Pago | Período de Cot. | Período Serv | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | AFP | EPS | ARP | CCF | IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Caja | Aporte Pensión | Aporte Salud | Aporte Riesgos | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte Ministerio | TOTAL |
| C 78112437 | PEREZ TORRES RAILI MANUEL | 42081606 | 26/11/2019 | 201910 | 201911 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 30 | 30 | 30 | 30 | 231001 | EPS044 | 14-11 | CCF04 | $2.536.882 | $2.536.882 | $2.536.882 | $2.536.882 | $406.000 | $101.500 | $176.600 | $101.500 | $0 | $0 | $0 | $0 | $785.600 |



ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 2

# SEGURIDAD SOCIAL DE OPERADORES DE MAQUINARIA (INGEVIAS S.A.S.)

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

RUS®

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-11-26, 02:27:28 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 42085934

**Periodo Cotización:** octubre de 2019 **Periodo Servicio:** noviembre de 2019

## PAGADO 26/11/2019

### EL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| al | INGEVIAS S A S | **Nombre Sucursal** | MAQUINARIA 2019 | **Código Sucursal** | 20101 |
| | NI800029899 | **Dirección** | CARRERA 38 5 SUR 65 | | |
| presa | EMPLEADOR | **Teléfono** | 4485587 | | |
| a | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | | |
| | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| nte Legal | RIVERA PALACIO JUAN SEBASTIAN | **Identificación** | CC 98669937 | | |
| os | 70 | **ARP** | ARL SURA | | |

### DEL APORTANTE

| tos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| E LUIS MARQUEZ ANTES | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (25-14) COLPENSIONES | $ 114.490 | $ 18.400 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 114.490 | $ 4.600 | 6,960 | $ 114.490 | $ 8.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 119.260 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 35.800 |
| ALEXANDER ESCOBAR Z | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (25-14) COLPENSIONES | $ 90.345 | $ 14.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 90.345 | $ 3.700 | 6,960 | $ 90.345 | $ 6.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 90.345 | $ 3.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 28.200 |
| Y ALEXANDER ZAPATA S | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 903.445 | $ 144.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 903.445 | $ 36.200 | 6,960 | $ 903.445 | $ 62.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 903.445 | $ 36.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 279.900 |
| SAMIR BLANQUICET LLO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.546.204 | $ 247.400 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.546.204 | $ 61.900 | 6,960 | $ 1.546.204 | $ 107.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.546.204 | $ 61.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 478.900 |
| JOSE JARABA RENTERIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.313.542 | $ 210.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.313.542 | $ 52.600 | 6,960 | $ 1.313.542 | $ 91.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.313.542 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 406.900 |
| ON JAVIER RESTREPO ARCA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.425.625 | $ 228.100 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.425.625 | $ 57.100 | 6,960 | $ 1.425.625 | $ 99.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.425.625 | $ 57.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 441.600 |
| RA MARCELA OSORIO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 879.184 | $ 140.700 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 879.184 | $ 35.200 | 6,960 | $ 879.184 | $ 61.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 879.184 | $ 35.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272.300 |
| RA MARCELA OSORIO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 30.317 | $ 4.900 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 30.317 | $ 1.300 | 0,000 | $ 30.317 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 30.317 | $ 1.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.500 |
| R DAVID ARBOLEDA AHITA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.219.763 | $ 195.200 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.219.763 | $ 48.800 | 6,960 | $ 1.219.763 | $ 84.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.219.763 | $ 48.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 377.700 |
| AVO HERNANDO CHICA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 3.500.000 | $ 595.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 3.500.000 | $ 140.000 | 6,960 | $ 3.500.000 | $ 243.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.500.000 | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.118.600 |
| R ANDRES ARBOLEDA EZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (230301) PORVENIR | $ 93.596 | $ 15.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 93.596 | $ 3.800 | 6,960 | $ 93.596 | $ 6.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 93.596 | $ 3.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 29.200 |
| ICIO ANDRES GUEZ URREGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 7 | 7 | 7 | 7 | (231001) COLFONDOS | $ 276.872 | $ 44.300 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 276.872 | $ 11.100 | 6,960 | $ 276.872 | $ 19.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 276.872 | $ 11.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 85.800 |
| ICIO ANDRES GUEZ URREGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 23 | 23 | 23 | 23 | (231001) COLFONDOS | $ 634.889 | $ 101.600 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 634.889 | $ 25.400 | 0,000 | $ 634.889 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 635.000 | $ 25.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 152.400 |
| GUILLERMO MONTOYA ADA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.617.341 | $ 258.800 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.617.341 | $ 64.700 | 6,960 | $ 1.617.341 | $ 112.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.617.341 | $ 64.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 500.800 |
| LIBARDO MACIAS INEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.735.265 | $ 277.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.735.265 | $ 69.500 | 6,960 | $ 1.735.265 | $ 120.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.735.265 | $ 69.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 537.500 |
| OR DE JESUS GONZALEZ ALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.758.422 | $ 281.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.758.422 | $ 70.400 | 6,960 | $ 1.758.422 | $ 122.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.758.422 | $ 70.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 544.600 |
| MURILLO SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| ENRIQUE BUELVAS GUEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (230301) PORVENIR | $ 90.345 | $ 14.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 90.345 | $ 3.700 | 6,960 | $ 90.345 | $ 6.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 90.345 | $ 3.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 28.200 |
| STIAN CAMILO GOMEZ ILLO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.795.963 | $ 287.400 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.795.963 | $ 71.900 | 6,960 | $ 1.795.963 | $ 125.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.795.963 | $ 71.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 556.200 |



ba Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

Pagado: 26/11/2019 | Empresa NI800029899 INGEVIAS A S | Planilla Nro: 42085934 | Periodo Cotización: octubre de 2019 | Periodo Servicio: noviembre de

DEL APORTANTE

| tos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| AN DARIO DIAZ IGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.681.331 | $ 269.100 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.681.331 | $ 67.300 | 6,960 | $ 1.681.331 | $ 117.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.681.331 | $ 67.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 520.800 |
| DO ANTONIO PERTUZ AL | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.029.553 | $ 164.800 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.029.553 | $ 41.200 | 6,960 | $ 1.029.553 | $ 71.700 | (CCF41) COMFASUCRE | $ 1.029.553 | $ 41.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 318.900 |
| E ENRIQUE MARQUEZ AN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.689.831 | $ 270.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.689.831 | $ 67.600 | 6,960 | $ 1.689.831 | $ 117.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.689.831 | $ 67.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 523.300 |
| E MIGUEL ESCOBAR ADO | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.204.166 | $ 192.700 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.204.166 | $ 48.200 | 6,960 | $ 1.204.166 | $ 83.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.431.792 | $ 57.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 382.100 |
| AN MANUEL VARGAS 'AR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.806.261 | $ 289.100 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.806.261 | $ 72.300 | 6,960 | $ 1.806.261 | $ 125.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.806.261 | $ 72.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 559.500 |
| EL ALBERTO CORPAS ELA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.246.271 | $ 199.500 | (ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER | $ 1.246.271 | $ 49.900 | 6,960 | $ 1.246.271 | $ 86.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.246.271 | $ 49.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 386.100 |
| NDO GABRIEL LORA ALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.171.732 | $ 187.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.171.732 | $ 46.900 | 6,960 | $ 1.171.732 | $ 81.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.171.732 | $ 46.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 362.900 |
| ) ALEJANDRO REPO GALEANO | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 7 | 7 | 7 | 7 | (230301) PORVENIR | $ 193.228 | $ 31.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 193.228 | $ 7.800 | 6,960 | $ 193.228 | $ 13.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.589.774 | $ 63.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 115.900 |
| ) ALEJANDRO REPO GALEANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | 18 | 18 | 18 | 18 | (230301) PORVENIR | $ 805.706 | $ 129.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 805.706 | $ 32.300 | 0,000 | $ 805.706 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 718.846 | $ 28.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 190.100 |
| NTONIO CANO GARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 861.932 | $ 138.000 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 861.932 | $ 34.500 | 6,960 | $ 861.932 | $ 60.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 861.932 | $ 34.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 287.000 |
| NNY ALEXANDER OZA ARENAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.627.187 | $ 260.400 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.627.187 | $ 65.100 | 6,960 | $ 1.627.187 | $ 113.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.627.187 | $ 65.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 503.900 |
| RSSON ARBELAEZ NJO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| E ISAAC GARCIA NO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.848.751 | $ 295.900 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.848.751 | $ 74.000 | 6,960 | $ 1.848.751 | $ 128.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.848.751 | $ 74.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 572.600 |
| NO ROMAÑA ASPRILLA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.345.060 | $ 215.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.345.060 | $ 53.900 | 6,960 | $ 1.345.060 | $ 93.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.345.060 | $ 53.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 416.800 |
| ADO ANTONIO TORRES IO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| AS ENRIQUE ZAPATA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.509.958 | $ 241.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.509.958 | $ 60.400 | 6,960 | $ 1.509.958 | $ 105.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.509.958 | $ 60.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 467.500 |
| TIBERIO LARGO ADOR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.330.761 | $ 213.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.330.761 | $ 53.300 | 6,960 | $ 1.330.761 | $ 92.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.330.761 | $ 53.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 412.300 |
| TIBERIO LARGO ADOR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 10 | 10 | 10 | 10 | (25-14) COLPENSIONES | $ 358.753 | $ 57.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 358.753 | $ 14.400 | 0,000 | $ 358.753 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 358.753 | $ 14.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 86.300 |
| IDES BORRERO NTES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.440.125 | $ 230.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.440.125 | $ 57.700 | 6,960 | $ 1.440.125 | $ 100.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.440.125 | $ 57.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 446.200 |
| AGO CORDOBA NCIA | 01 | 01 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 30 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (MIN001) ADRES (MIN001) antes FOSYGA | $ 1.697.349 | $ 67.900 | 6,960 | $ 1.697.349 | $ 118.200 | (CCF32) COMFAMILIAR HUILA | $ 1.697.349 | $ 67.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 254.000 |
| EMILIO GARCIA RQUIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 920.332 | $ 147.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 920.332 | $ 36.900 | 6,960 | $ 920.332 | $ 64.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 920.332 | $ 36.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.200 |
| A MARIA GRISALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| A MARIA GRISALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 40.000 | $ 6.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 40.000 | $ 1.600 | 0,000 | $ 40.000 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 40.000 | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.600 |
| O CHAVERRA ROBLEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.735.319 | $ 277.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.735.319 | $ 69.500 | 6,960 | $ 1.735.319 | $ 120.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.735.319 | $ 69.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 537.500 |
| IE OLIVIA PATIÑO IGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.701.000 | $ 432.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.701.000 | $ 108.100 | 6,960 | $ 2.701.000 | $ 188.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.701.000 | $ 108.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 838.400 |
| EL ANTONIO SANDOVAL OY | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.366.690 | $ 218.700 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.366.690 | $ 54.700 | 6,960 | $ 1.366.690 | $ 95.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.366.690 | $ 54.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 423.300 |
| IGNACIO GOMEZ LEDA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 8 | 8 | 8 | 8 | (25-14) COLPENSIONES | $ 220.831 | $ 35.400 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 220.831 | $ 8.900 | 6,960 | $ 220.831 | $ 15.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 731.708 | $ 29.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 89.000 |
| LFO ANTONIO MORALES LES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.626.074 | $ 260.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.626.074 | $ 65.100 | 6,960 | $ 1.626.074 | $ 113.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.626.074 | $ 65.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 503.600 |
| Y VALENCIA GOMEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.179.063 | $ 188.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.179.063 | $ 47.200 | 6,960 | $ 1.179.063 | $ 82.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.179.063 | $ 47.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 365.200 |
| ICIO NIETO RODRIGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 998.353 | $ 159.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 998.353 | $ 40.000 | 6,960 | $ 998.353 | $ 69.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 998.353 | $ 40.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 309.300 |
| DO ALBERTO ALZATE SMA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.005.475 | $ 320.900 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 2.005.475 | $ 80.300 | 6,960 | $ 2.005.475 | $ 139.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.005.475 | $ 80.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 621.100 |
| LFO HERNANDEZ TA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.863.944 | $ 298.300 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.863.944 | $ 74.600 | 6,960 | $ 1.863.944 | $ 129.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.863.944 | $ 74.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 577.300 |
| OR JAIME GUARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.100.624 | $ 176.100 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.100.624 | $ 44.100 | 6,960 | $ 1.100.624 | $ 76.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.100.624 | $ 44.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 341.000 |
| AS ANTONIO ARIAS Z | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.664.970 | $ 266.400 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.664.970 | $ 66.600 | 6,960 | $ 1.664.970 | $ 115.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.664.970 | $ 66.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 515.500 |
| R YOVANY LORZA EDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.397.000 | $ 383.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.397.000 | $ 95.900 | 6,960 | $ 2.397.000 | $ 166.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.397.000 | $ 95.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 742.300 |
| HERNANDO OSORIO A | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 978.047 | $ 156.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 978.047 | $ 39.200 | 6,960 | $ 978.047 | $ 68.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 978.047 | $ 39.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 303.000 |
| N HEIBER HIGUITA IA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.464.377 | $ 234.400 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.464.377 | $ 58.600 | 6,960 | $ 1.464.377 | $ 102.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.464.377 | $ 58.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 453.600 |
| L EDGAR GIRALDO I | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.331.564 | $ 213.100 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.331.564 | $ 53.300 | 6,960 | $ 1.331.564 | $ 92.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.331.564 | $ 53.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 412.400 |



ba Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

**Pagado: 26/11/2019** **Empresa NI800029899 INGEVIAS A S** **Planilla Nro: 42085934** **Periodo Cotización: octubre de 2019** **Periodo Servicio: noviembre de**

**DEL APORTANTE**

| tos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| ALBERTO PEÑA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.921.285 | $ 307.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.921.285 | $ 76.900 | 6,960 | $ 1.921.285 | $ 133.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.921.285 | $ 76.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 595.100 |
| ADO DE JESUS ARANGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.389.064 | $ 222.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.389.064 | $ 55.600 | 6,960 | $ 1.389.064 | $ 96.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.389.064 | $ 55.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 430.200 |
| OR GOMEZ QUINCHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.631.485 | $ 261.100 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.631.485 | $ 65.300 | 6,960 | $ 1.631.485 | $ 113.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.631.485 | $ 65.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 505.300 |
| MARIO LONDOÑO DAVID | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.443.612 | $ 231.000 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.443.612 | $ 57.800 | 6,960 | $ 1.443.612 | $ 100.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.443.612 | $ 57.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 447.100 |
| R PEREZ SEPULVEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.553.454 | $ 248.600 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.553.454 | $ 62.200 | 6,960 | $ 1.553.454 | $ 108.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.553.454 | $ 62.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 481.200 |
| NDO DE JESUS CATAÑO LES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.779.234 | $ 284.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.779.234 | $ 71.200 | 6,960 | $ 1.779.234 | $ 123.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.779.234 | $ 71.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 551.000 |
| ANTONIO SOSA ES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.070.559 | $ 171.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.070.559 | $ 42.900 | 6,960 | $ 1.070.559 | $ 74.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 922.268 | $ 36.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 325.700 |
| ANTONIO RENTERIA UERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.509.564 | $ 241.600 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.509.564 | $ 60.400 | 6,960 | $ 1.509.564 | $ 105.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.509.564 | $ 60.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 467.500 |
| N DE JESUS MONTOYA NCIA | 01 | 04 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 30 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.333.512 | $ 53.400 | 6,960 | $ 1.333.512 | $ 92.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.333.512 | $ 53.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 199.700 |
| ANDRES HENAO RO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.134.177 | $ 341.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 2.134.177 | $ 85.400 | 6,960 | $ 2.134.177 | $ 148.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.134.177 | $ 85.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 660.900 |
| H JAIR CASTILLO ES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 2.316.563 | $ 370.700 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 2.316.563 | $ 92.700 | 6,960 | $ 2.316.563 | $ 161.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.316.563 | $ 92.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 717.400 |
| E ALEXANDER MARIN ARA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.684.435 | $ 269.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.684.435 | $ 67.400 | 6,960 | $ 1.684.435 | $ 117.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.684.435 | $ 67.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 521.700 |
| DO ANTONIO YAVE BETANCUR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 12 | 12 | 12 | 12 | (230301) PORVENIR | $ 564.653 | $ 90.400 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 564.653 | $ 22.600 | 6,960 | $ 564.653 | $ 39.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 564.653 | $ 22.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 174.900 |
| DO ANTONIO YAVE BETANCUR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | X | | | | 0 | 18 | 18 | 18 | 18 | (230301) PORVENIR | $ 709.770 | $ 113.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 709.770 | $ 28.400 | 0,000 | $ 709.770 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 542.265 | $ 21.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 163.700 |
| ALBERTO PARRA ELO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.744.428 | $ 279.200 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.744.428 | $ 69.800 | 6,960 | $ 1.744.428 | $ 121.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.744.428 | $ 69.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 540.300 |
| MIGUEL MARTINEZ AR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.324.124 | $ 211.900 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.324.124 | $ 53.000 | 6,960 | $ 1.324.124 | $ 92.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.324.124 | $ 53.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 410.100 |
| N ALBERTO POSADA RDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.129.388 | $ 180.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.129.388 | $ 45.200 | 6,960 | $ 1.129.388 | $ 78.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.129.388 | $ 45.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 349.900 |
| N LEON RESTREPO A | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.773.078 | $ 283.700 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.773.078 | $ 71.000 | 6,960 | $ 1.773.078 | $ 123.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.773.078 | $ 71.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 549.200 |
| N ALBERTO FLOREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.291.950 | $ 206.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.291.950 | $ 51.700 | 6,960 | $ 1.291.950 | $ 90.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.291.950 | $ 51.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 400.200 |
| N ALBERTO FLOREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (25-14) COLPENSIONES | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 27.604 | $ 1.200 | 0,000 | $ 27.604 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 28.000 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.900 |

**LES**

| | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 420 | $ 98.987.281 | $ 98.987.281 | $ 100.724.951 | $ 15.391.600 | $ 3.962.900 | $ 6.711.500 | $ 4.032.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 30.098.200 | $ 0 | $ 30.098.200 |



ba Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 3

# SEGURIDAD SOCIAL DE COMISIÓN TOPOGRÁFICA (INGEVIAS S.A.S.)

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

RUS®

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-11-20, 10:03:53 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 41937166

**Periodo Cotización:** octubre de 2019 **Periodo Servicio:** noviembre de 2019

## PAGADO 20/11/2019

### EL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ıl** | GLOBAL INGENIEROS SAS | | |
| | NI900953675 | **Dirección** | CR 54 57 89 |
| **ɔresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 5313398 |
| **ıa** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| | RIONEGRO | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **ıte Legal** | ARIAS SANCHEZ WILDER CAMILO | **Identificación** | CC 15447309 |
| **os** | 40 | **ARP** | ARL SURA |

### DEL APORTANTE

| tos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| RSON ANDREI HENAO A | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| E ORLANDO VEGA ÑA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| OS MARIO CARVAJAL AN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| ) NARANJO CADAVID | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| NA MARIA CEBALLOS E | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| EDISON ARIAS SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| ER ALEXANDER RIOS IA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| CARLOS RAMIREZ ARIAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| CA CRISTINA ARIAS HEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| IAN CAMILO CASTAÑO DNA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| LDINE GARCIA ESCOBAR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 0,522 | $ 828.116 | $ 4.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 203.300 |
| AGO RAMIREZ ARIAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| NEY ARANZAZU NJO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 13 | 13 | 13 | 13 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 358.851 | $ 57.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 358.851 | $ 14.400 | 6,960 | $ 358.851 | $ 25.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 358.851 | $ 14.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 111.300 |
| S ALBERTO ESCALANTE NGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| A MELISA CASTAÑO ÑO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| N DAVID HOYOS ANDEZ | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |
| ISON DAVID LOPEZ OYA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| ORLANDO ARANGO NCUR | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 15 | 15 | 15 | 15 | (230301) PORVENIR | $ 414.058 | $ 66.300 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 414.058 | $ 16.600 | 6,960 | $ 414.058 | $ 28.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 414.058 | $ 16.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 128.400 |
| AGO FLOREZ ARANZAZU | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |



ɔa Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

**Pagado: 20/11/2019** **Empresa NI900953675 GLOBA INGENIEROS SAS** **Planilla Nro: 41937166** **Periodo Cotizaci… octubre de 2019** **Periodo Servicio: noviembre de**

## DEL APORTANTE

| tos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| R SEBASTIAN LASSO ANO | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |
| CARLOS VEGA ERO | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |
| NY FERNANDO ZAMORA NTES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| EL ALFONSO GONZALEZ LES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| L FELIPE CEBALLOS LES | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (231001) COLFONDOS | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |
| ERSON RODRIGUEZ IA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| ERSON RODRIGUEZ IA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| DAVID FLOREZ ROJAS | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 552.078 | $ 88.400 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 552.078 | $ 22.100 | 6,960 | $ 552.078 | $ 38.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 552.078 | $ 22.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 171.100 |
| RO DE JESUS ARIAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| OR EMILIO ARIAS MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.500.000 | $ 240.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.500.000 | $ 60.000 | 6,960 | $ 1.500.000 | $ 104.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.500.000 | $ 60.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 464.400 |
| R CAMILO ARIAS HEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| JAIME ARIAS RAMIREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| IO IGNACIO FORONDA ID | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| AR FERNEY GARCIA CHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| BIS SANCHEZ SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| OR FABIAN RIOS OYA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| ERNANDO OSPINA O | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| FREDY MONTOYA Z | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| ERNANDO GARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| R ALBERTO GIRALDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| I ALEX HOYOS VELEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |

## .ES

| | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 115 | $ 29.435.115 | $ 29.435.115 | $ 29.435.115 | $ 4.710.200 | $ 1.180.300 | $ 1.997.900 | $ 1.180.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.068.700 | $ 0 | $ 9.068.700 |



ba Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Auxiliar. Topo

ARUS®

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-10-17, 08:56:48 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 41638362

**Periodo Cotización:** septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** octubre de 2019

**PAGADO 17/10/2019**

## TOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **n Social** | GLOBAL INGENIEROS SAS | | |
| **mento** | NI900953675 | **Dirección** | CR 54 57 89 |
| **de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 5313398 |
| **Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **ad** | RIONEGRO | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **esentante Legal** | ARIAS SANCHEZ WILDER CAMILO | **Identificación** | CC 15447309 |
| **Afiliados** | 44 | **ARP** | ARL SURA |

## TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APF | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 0141 | YEFERSON ANDREI HENAO AREIZA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 15 | 15 | 15 | 15 | (230301) PORVENIR | $ 414.058 | $ 66.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 414.058 | $ 16.600 | 6,960 | $ 414.058 | $ 28.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 414.058 | $ 16.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 128.400 |
| 0825 | SEBASTIAN SIERRA OSPINA | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.900 |
| 15 | JORGE ORLANDO VEGA SALDANA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0352 | ESNEIDER SOTO ESCOBAR | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.900 |
| 0518 | CARLOS MARIO CARVAJAL GUZMAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0001 | DIEGO NARANJO CADAVID | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 7662 | YULIANA MARIA CEBALLOS ALZATE | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0649 | JOHN EDISON ARIAS SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0450 | JEIFFER ALEXANDER RIOS GARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0439 | JUAN CARLOS RAMIREZ ARIAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0465 | JESSICA CRISTINA ARIAS SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0964 | CRISTIAN CAMILO CASTANO CARDONA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 1305 | GERALDINE GARCIA ESCOBAR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 0,522 | $ 828.116 | $ 4.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 203.300 |
| 1894 | SANTIAGO RAMIREZ ARIAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 1810 | JESUS ALBERTO ESCALANTE DURANGO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 12 | 12 | 12 | 12 | (230301) PORVENIR | $ 331.247 | $ 53.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 331.247 | $ 13.300 | 6,960 | $ 331.247 | $ 23.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 331.247 | $ 13.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 102.700 |
| 1307 | LAURA MELISA CASTANO CASTANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0087 | EDISON DAVID HOYOS HERNANDEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | (230301) PORVENIR | $ 772.909 | $ 123.700 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 772.909 | $ 31.000 | 6,960 | $ 772.909 | $ 53.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 772.909 | $ 31.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 239.500 |
| 0823 | ROBINSON DAVID LOPEZ MONTOYA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0270 | HAROLD ANDRES ROMERO BARRERA | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.900 |



**RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

EXPERTOS en PILA

ARUS®

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-10-17, 08:56:48 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 41638362

**Periodo Cotización:** septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** octubre de 2019

## PAGADO 17/10/2019

### TOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ón Social** | GLOBAL INGENIEROS SAS | | |
| **umento** | NI900953675 | **Dirección** | CR 54 57 89 |
| **de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 5313398 |
| **Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **ad** | RIONEGRO | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **esentante Legal** | ARIAS SANCHEZ WILDER CAMILO | **Identificación** | CC 15447309 |
| **Afiliados** | 44 | **ARP** | ARL SURA |

### TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 30141 | YEFERSON ANDREI HENAO AREIZA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 15 | 15 | 15 | 15 | (230301) PORVENIR | $ 414.058 | $ 66.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 414.058 | $ 16.600 | 6,960 | $ 414.058 | $ 28.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 414.058 | $ 16.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 128.400 |
| 0825 | SEBASTIAN SIERRA OSPINA | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |
| 515 | JORGE ORLANDO VEGA SALDANA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 36352 | ESNEIDER SOTO ESCOBAR | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |
| 36518 | CARLOS MARIO CARVAJAL GUZMAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 30661 | DIEGO NARANJO CADAVID | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 37662 | YULIANA MARIA CEBALLOS ALZATE | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 38649 | JOHN EDISON ARIAS SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 30450 | JEIFFER ALEXANDER RIOS GARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 38439 | JUAN CARLOS RAMIREZ ARIAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 33465 | JESSICA CRISTINA ARIAS SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 39994 | CRISTIAN CAMILO CASTANO CARDONA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 32305 | GERALDINE GARCIA ESCOBAR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 0,522 | $ 828.116 | $ 4.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 203.300 |
| 32894 | SANTIAGO RAMIREZ ARIAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 35810 | JESUS ALBERTO ESCALANTE DURANGO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 12 | 12 | 12 | 12 | (230301) PORVENIR | $ 331.247 | $ 53.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 331.247 | $ 13.300 | 6,960 | $ 331.247 | $ 23.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 331.247 | $ 13.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 102.700 |
| 34307 | LAURA MELISA CASTANO CASTANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 30087 | EDISON DAVID HOYOS HERNANDEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 28 | 28 | 28 | 28 | (230301) PORVENIR | $ 772.909 | $ 123.700 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 772.909 | $ 31.000 | 6,960 | $ 772.909 | $ 53.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 772.909 | $ 31.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 239.500 |
| 38823 | ROBINSON DAVID LOPEZ MONTOYA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 30270 | HAROLD ANDRES ROMERO BARRERA | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 486 4486 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

Topografo

**Pagado: 17/10/2019** | **Empresa NI900953675 GLOBAL INGENIEROS SAS** | **Planilla Nro: 41638362** | **Periodo Cotización: septiembre de 2019** | **Periodo Servicio: octubre de 2019**

## TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ución | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 1630 | YESID ORLANDO ARANGO BETANCUR | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 12 | 12 | 12 | 12 | (230301) PORVENIR | $ 331.247 | $ 53.000 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 331.247 | $ 13.300 | 4,350 | $ 331.247 | $ 14.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 331.247 | $ 13.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 94.100 |
| 3167 | SANTIAGO FLOREZ ARANZAZU | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 3673 | EDGAR SEBASTIAN LASSO BURBANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 3115 | JHONNY FERNANDO ZAMORA CIFUENTES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 3252 | MANUEL ALFONSO GONZALEZ ROSALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 3950 | YENDERSON RODRIGUEZ MURCIA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 2890 | OMAR DAVID FLOREZ ROJAS | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 12 | 12 | 12 | 12 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 331.247 | $ 53.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 331.247 | $ 13.300 | 6,960 | $ 331.247 | $ 23.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 331.247 | $ 13.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 102.700 |
| 56 | ALVARO DE JESUS ARIAS MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 00 | HECTOR EMILIO ARIAS MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.500.000 | $ 240.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.500.000 | $ 60.000 | 6,960 | $ 1.500.000 | $ 104.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.500.000 | $ 60.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 464.400 |
| 09 | WILDER CAMILO ARIAS SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 14 | JHON JAIME ARIAS RAMIREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 3 | FABIO ALFONSO CASTRO MONTOYA | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (25-14) COLPENSIONES | $ 110.416 | $ 17.700 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 110.416 | $ 4.500 | 6,960 | $ 110.416 | $ 7.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 110.416 | $ 4.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 34.400 |
| 31 | SERGIO IGNACIO FORONDA MADRID | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 51 | WILMAR FERNEY GARCIA QUINCHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 01 | ARNOBIS SANCHEZ SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 03 | HECTOR FABIAN RIOS MONTOYA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 17 | HECTOR FABIO CASTRO PEREZ | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 110.416 | $ 17.700 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 110.416 | $ 4.500 | 6,960 | $ 110.416 | $ 7.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 110.416 | $ 4.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 34.400 |
| 16 | LUIS FERNANDO OSPINA HENAO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 07 | JOHN FREDY MONTOYA GOMEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 3 | LUIS ALFONSO MESA ARDILA | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230301) PORVENIR | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |
| 3 | LUIS FERNANDO GARCIA PEREZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 12 | 12 | 12 | 12 | (230301) PORVENIR | $ 331.247 | $ 53.000 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 331.247 | $ 13.300 | 6,960 | $ 331.247 | $ 23.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 331.247 | $ 13.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 102.700 |
| 92 | OSCAR ALBERTO GIRALDO ORTIZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 34 | ROBIN ALEX HOYOS VELEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 12 | DIEGO ALBERTO ROMERO UPEGUI | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |
| 071973 | JOSE GREGORIO SARMIENTO SANCHEZ | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 27.604 | $ 4.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 27.604 | $ 1.200 | 6,960 | $ 27.604 | $ 2.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 27.604 | $ 1.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.900 |

## TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 28.413.775 | $ 28.413.775 | $ 28.413.775 | $ 28.413.775 | $ 4.546.900 | $ 1.139.800 | $ 1.918.300 | $ 1.139.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 8.744.800 | $ 0 | $ 8.744.800 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 4

# CHARLAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ASISTENCIA A CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-02<br>Versión 1 |
|---|---|---|

Centro de Área: 460010161 Fecha y hora: 09 Noviembre 2019
Tema: Políticas del SGI de Ingevías S.A.S
Dirigido a: Personal en Obra
Dictada por: Dusty Alejandra Bolaños Firma:
Empresa: Ingevías SAS Cargo: Coordinador SST
Eficacia capacitación: 100%
Firma evaluador:

Descripción:
Explicar al personal en que consisten las políticas del SGI de la empresa Ingevías y las obligaciones que tienen como trabajadores en su cumplimiento.

| N. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | Iván Dario Cossio | Ayudante | |
| 2 | Yhon Alexander Zuñiga | operador | |
| 3 | Pedro Durango | operador | |
| 4 | Julian Zapata J. | ayudante | |
| 5 | Miguel ALVAREZ | AYUDANTE | |
| 6 | Torres Bernal Robinson | Operador | |
| 7 | Daniel Pavas B | Cantidadora | |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ASISTENCIA A CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | DOCUMENTO No. PRH-FO-02 Versión 1 |
|---|---|---|

Cc[illegible]rea: 460001961 Fecha y hora: 05- Noviembre-2019
Tema: Riesgo Locativo
Dirigido a: Personal en Obra
Dictada por: Duvy Alejandro Pelaez T Firma:
Empresa: Ingevias SAS Cargo: Residente SST
Efic[illegible]acitacion: 100%
Firma evaluador:

Descripción:
Se explica al personal los controles que se deben tener al estar expuesto al riesgo locativo y el uniforme que es necesario darle a este para evitar la caidera de un accidente

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | Iván Dario Calle G | Ayudante | |
| 2 | Yhony Alexander Zapata | operador | |
| 3 | Sergio Durango | operador | |
| 4 | Julian Zapata T | Ayudante | |
| 5 | Miguel AVILA | AYUDANTE | |
| 6 | Bryan Tarazona | Robinson Lopez operador | |
| 7 | Clavel Pavas T | Controladora | |
| 8 | Jesús Escalante D. | Ayx. Topografía | |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA ASISTENCIA A CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | DOCUMENTO No. PRH-FO-02 Versión 1 |
|---|---|---|

Contrato, Obra: 4600010161 Fecha y hora: 13-11-2019 7. AM.
Tema: Valores de la Empresa. Trabajo en Equipo
Dirigido a: Personal en obra
Dictada por: Luis Fernando Tamayo Firma:
Empresa: Ingevias S.A.S Cargo: Residente SST
Eficacia capacitación: 100%
Firma evaluador:

Descripción:
Inducción los valores que son fundamento la razón de ser de la empresa y la importancia del trabajo en equipo para el bien de nuestra familia y de nuestro labor.

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 1 | Sergio Arango | operador | |
| 2 | Julia Zapata J. | Auxiliar de Obra | |
| 3 | Alejandro Orrego Gómez | Ayudante | Alejandro O. |
| 4 | Isaías Darío Calle G. | Ayudante | |
| 5 | Jhony Alexander Zapata. | operador. | |
| 6 | Luis Fernando Osorio S. | Mecánico | Luis Fdo O. |
| 7 | Yeiner Hernández | ayudante | Yeiner Hernández |
| 8 | Miguel Avalos Avalos | Ayudante | Miguel |
| 9 | Luis Mario Martínez B. | Ayudante | Luis. |
| 10 | Ronald Jaramillo | Robinson Ingeniero | Robinson Jar |
| 11 | Mauricio Alcaraz Rodríguez | Operador | Mauricio A |
| 12 | Claudia Paola B | Controladora | |
| 13 | Lidia Vargas | Controladora | |
| 14 | Jesús Escalante D. | Aux. Topografía | Jesús E. |

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 5

# FORMATOS DE INSPECCIÓN PREOPERACIONAL (INGEVÍAS S.A.S)

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA LA INSPECCION PREOPERACIONAL DE MINICARGADORES | DOCUMENTO No. PAS-FO-81<br>Versión 1<br>25/06/2019 |
|---|---|---|

**DATOS DE INSPECCIÓN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Inspeccionado por (Nombre):** | Remy Alejandro Botero Tangarife | **Marca** | Bobcat | **HRS Inicial** | 7.447 | **HRS Final** | 5-30881 |
| **Supervisor (Nombre):** | | **Semana de:** | 28 oct | **Al:** | 03 | **Mes de:** | Nov |
| **Contrato:** | Ampliacion Via El Retiro | **Ubicación** | El Retiro | | | | |

**INSPECCIÓN**

| ITEM | ESTÁNDAR | Aplica | | LUN | | MAR | | MIER | | JUE | | VIER | | SAB | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Si | No | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC |
| **PARTE EXTERNA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espejos laterales | Sin roturas, sin manchas y ajustado | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Luces traseras | De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales: | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Alarma de reversa | Función automática con el cambio de reversa. | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Extintor de incendio | Extintor PQS de 20 Libras / Recargado / Revisado | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Llantas | Llbres de rajaduras y sin desgaste excesivo | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Placa de montacargas | En buena estado y legible | | / | | | | | | | | | — | | — | | | |
| Cilindros de elevación e | Llbres de escape o daños | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Montura de los cilindros | Firme | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Indicadores luces frontales | Funcionando correctamente. | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Indicadores luces direccionales | Mínimo dos funcionando correctamente. | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Lámparas Luces delanteras | Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Indicador luces de parqueo | Mínimo dos / funcionando correctamente. | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Tanque de combustible | Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| **COMPARTIMIENTO DEL MOTOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuente de energía | Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Conexiones eléctricas | Firmes y en buen estado | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Nivel agua refrigeración / | Nivel correcto / mangueras sin fugas | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Estado de las líneas hidráulicas | Líneas sin fugas y en buen estado | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Niveles de aceite motor / | Niveles de acuerdo al fabricante. | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Cableado eléctrico | Aislado / sin roturas / ajustados | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Botella de dirección / Nivel | Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| **INTERIOR DE LA CABINA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espejos retrovisor interior | Sin roturas / sin manchas / ajustado | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Vidrio parabrisas/ vidrios | Sin roturas / manchas / distorsiones | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Plumillas limpiavidrios/ motor | Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Estado de la cabina del | Protegida y en buen estado en general | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Indicador de combustible | La barra o indicador debe mostrar el nivel de | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Indicador presión de aceite | Que se ilumine al encender el motor | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Sillas/ Apoyo para la cabeza | Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Pedales freno / clutch / | Con forro antideslizante / sin juego excesivo | | / | | | | | | | | | — | | — | | | |
| Alarma de retroceso | Funcionando correctamente. | | / | | | | | | | | | — | | — | | | |
| Equipo de carretera | Dos conos, gato, manila de 15m., bloques, llaves, | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Cinturones de seguridad | Dos de 3 puntos de apoyo | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Pito | Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m. | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Timón o volante | Funcionando en perfectas condiciones | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |
| Frenos | Pedales con antideslizante/ nivel de líquido de acuerdo al | | / | | | | | | | | | — | | — | | | |
| Horómetro | Funcionando, legible y dentro del rango del mantenimiento | / | | | | | | | | | | / | | / | | | |

**Recomendaciones / Observaciones:**

| **Fecha de seguimiento** | 01-Noviembre-2019 | **Responsable** | |
|---|---|---|---|

Remy Botero T

**Responsable de SST en Obra**

**Supervisor**

**Operador**

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA LA INSPECCION PREOPERACIONAL DE MINICARGADORES | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-81<br>Versión 1<br>25/06/2019 |
|---|---|---|

**DATOS DE INSPECCIÓN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inspeccionado por (Nombre): | Danny Alejandro Botero Tangarife | Marca | Bobcat | HRS Inicial | 7.404 | HRS Final | 5.308 |
| Supervisor (Nombre): | | Semana de: | 04 | Al: | 10 | Mes de: | Nov |
| Contrato: | Ampliación Vial El Retiro | Ubicación | El Retiro | | | | |

**INSPECCIÓN**

| ITEM | ESTÁNDAR | Aplica | | LUN | | MAR | | MIER | | JUE | | VIER | | SAB | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Si | No | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC |
| **PARTE EXTERNA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espejos laterales | Sin roturas, sin manchas y ajustado | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Luces traseras | De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales: | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Alarma de reversa | Función automática con el cambio de reversa. | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Extintor de incendio | Extintor PQS de 20 Libras / Recargado / Revisado | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Llantas | Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Placa de montacargas | En buena estado y legible | | / | | — | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Cilindros de elevación e | Libres de escape o daños | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Montura de los cilindros | Firme | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicadores luces frontales | Funcionando correctamente. | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicadores luces direccionales | Mínimo dos funcionando correctamente. | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Lámparas Luces delanteras | Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador luces de parqueo | Mínimo dos / funcionando correctamente. | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Tanque de combustible | Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| **COMPARTIMIENTO DEL MOTOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuente de energía | Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Conexiones eléctricas | Firmes y en buen estado | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Nivel agua refrigeración / | Nivel correcto / mangueras sin fugas | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Estado de las líneas hidráulicas | Líneas sin fugas y en buen estado | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Niveles de aceite motor / | Niveles de acuerdo al fabricante. | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Cableado eléctrico | Aislado / sin roturas / ajustados | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Botella de dirección / Nivel | Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| **INTERIOR DE LA CABINA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espejos retrovisor interior | Sin roturas / sin manchas / ajustado | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Vidrio parabrisas/ vidrios | Sin roturas / manchas / distorsiones | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Plumillas limpiavidrios/ motor | Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Estado de la cabina del | Protegida y en buen estado en general | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador de combustible | La barra o indicador debe mostrar el nivel de | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador presión de aceite | Que se ilumine al encender el motor | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Sillas/ Apoyo para la cabeza | Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Pedales freno / clutch / | Con forro antideslizante / sin juego excesivo | | / | | — | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Alarma de retroceso | Funcionando correctamente. | | / | | — | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Equipo de carretera | Dos conos, gato, manila de 15m., bloques, llaves, | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Cinturones de seguridad | Dos de 3 puntos de apoyo | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Pito | Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m. | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Timón o volante | Funcionando en perfectas condiciones | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Frenos | Pedales con antideslizante/ nivel de líquido de acuerdo al | | / | | — | | | | | — | | — | | — | | | |
| Horómetro | Funcionando, legible y dentro del rango del mantenimiento | / | | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | |

**Recomendaciones / Observaciones:**

| Fecha de seguimiento | 07-Noviembre-2019 | Responsable | |
|---|---|---|---|

Danny Botero T
Responsable de SST en Obra

Supervisor

Operador

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS G A S<br>FORMATO PARA LA INSPECCION PREOPERACIONAL DE MINICARGADORES | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-81<br>Versión 1<br>25/06/2019 |
|---|---|---|

**DATOS DE INSPECCIÓN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Inspeccionado por (Nombre): | Dorly Alejandra Botero Tamayo | Marca | Bobcat | HRS Inicial | 7 AM | HRS Final | 5:30pm |
| Supervisor (Nombre): | Keiti Oldnel Perez Torres | Semana de: | 11 | Al: | 17 | Mes de: | Nov |
| Contrato: | Ampliacion Via El Retiro | Ubicación | El Retiro | | | | |

**INSPECCIÓN**

| ITEM | ESTÁNDAR | Aplica | | LUN | | MAR | | MIER | | JUE | | VIER | | SAB | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Si | No | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC |
| **PARTE EXTERNA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espejos laterales | Sin roturas, sin manchas y ajustado | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Luces traseras | De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales: | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Alarma de reversa | Función automática con el cambio de reversa. | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Extintor de incendio | Extintor PQS de 20 Libras / Recargado / Revisado | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Llantas | Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Placa de montacargas | En buena estado y legible | | — | | | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Cilindros de elevación e | Libres de escape o daños | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Montura de los cilindros | Firme | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicadores luces frontales | Funcionando correctamente. | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicadores luces direccionales | Mínimo dos funcionando correctamente. | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Lámparas Luces delanteras | Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador luces de parqueo | Mínimo dos / funcionando correctamente. | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Tanque de combustible | Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| **COMPARTIMIENTO DEL MOTOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuente de energía | Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Conexiones eléctricas | Firmes y en buen estado | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Nivel agua refrigeración / | Nivel correcto / mangueras sin fugas | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Estado de las líneas hidráulicas | Líneas sin fugas y en buen estado | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Niveles de aceite motor / | Niveles de acuerdo al fabricante. | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Cableado eléctrico | Aislado / sin roturas / ajustados | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Botella de dirección / Nivel | Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| **INTERIOR DE LA CABINA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espejos retrovisor interior | Sin roturas / sin manchas / ajustado | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Vidrio parabrisas/ vidrios | Sin roturas / manchas / distorsiones | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Plumillas limpiavidrios/ motor | Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Estado de la cabina del | Protegida y en buen estado en general | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador de combustible | La barra o indicador debe mostrar el nivel de | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador presión de aceite | Que se ilumine al encender el motor | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Sillas/ Apoyo para la cabeza | Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Pedales freno / clutch / | Con forro antideslizante / sin juego excesivo | | — | | | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Alarma de retroceso | Funcionando correctamente. | | — | | | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Equipo de carretera | Dos conos, gato, manila de 15m., bloques, llaves, | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Cinturones de seguridad | Dos de 3 puntos de apoyo | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Pito | Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m. | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Timón o volante | Funcionando en perfectas condiciones | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| enos | Pedales con antideslizante/ nivel de liquido de acuerdo al | | — | | | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Horómetro | Funcionando, legible y dentro del rango del mantenimiento | / | | | | / | | / | | / | | / | | / | | | |

**Recomendaciones / Observaciones:**

| Fecha de seguimiento | 12 - Noviembre - 2019 | Responsable | Dorly Botero T |
|---|---|---|---|

Dorly Botero T
**Responsable de SST en Obra**

**Supervisor**

**Operador**

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA LA INSPECCION PREOPERACIONAL DE MINICARGADORES | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-81<br>Versión 1<br>25/06/2019 |
|---|---|---|

**DATOS DE INSPECCIÓN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Inspeccionado por (Nombre):** | Yenny Alejandra Botero Jaramillo | **Marca** | Bobcat | **HRS Inicial** | 7AM | **HRS Final** | 5305 H |
| **Supervisor (Nombre):** | Yeris Manuel Perez Jaro | **Semana de:** | 18 | **Al:** | 24 | **Mes de:** | NOV |
| **Contrato:** | Ampliacion Vial El Zulio | **Ubicación** | El Zulio | | | | |

**INSPECCIÓN**

| ITEM | ESTÁNDAR | Aplica | | LUN | | MAR | | MIER | | JUE | | VIER | | SAB | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Si | No | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC | C | NC |
| **PARTE EXTERNA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espejos laterales | Sin roturas, sin manchas y ajustado | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Luces traseras | De freno: mínimo dos / de color rojo / Direccionales: | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Alarma de reversa | Función automática con el cambio de reversa. | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Extintor de incendio | Extintor PQS de 20 Libras / Recargado / Revisado | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Llantas | Libres de rajaduras y sin desgaste excesivo | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Placa de montacargas | En buena estado y legible | | — | — | | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Cilindros de elevación e | Libres de escape o daños | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Montura de los cilindros | Firme | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicadores luces frontales | Funcionando correctamente. | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicadores luces direccionales | Mínimo dos funcionando correctamente. | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Lámparas Luces delanteras | Lentes sin roturas/ funcionando / de color blanco / | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador luces de parqueo | Mínimo dos / funcionando correctamente. | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Tanque de combustible | Sin fugas / ajustado / con tapa original y ajustada | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| **COMPARTIMIENTO DEL MOTOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuente de energía | Sin rajaduras/ Aislada adecuadamente | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Conexiones eléctricas | Firmes y en buen estado | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Nivel agua refrigeración / | Nivel correcto / mangueras sin fugas | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Estado de las líneas hidráulicas | Líneas sin fugas y en buen estado | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Niveles de aceite motor / | Niveles de acuerdo al fabricante. | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Cableado eléctrico | Aislado / sin roturas / ajustados | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Botella de dirección / Nivel | Sin fugas/ bien asegurado / nivel de acuerdo al | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| **INTERIOR DE LA CABINA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Espejos retrovisor interior | Sin roturas / sin manchas / ajustado | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Vidrio parabrisas/ vidrios | Sin roturas / manchas / distorsiones | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Plumillas limpiavidrios/ motor | Mínimo dos / empaque sin desgastes / funcionando / | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Estado de la cabina del | Protegida y en buen estado en general | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador de combustible | La barra o indicador debe mostrar el nivel de | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Indicador presión de aceite | Que se ilumine al encender el motor | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Sillas/ Apoyo para la cabeza | Atornilladas al piso/ apoyo para la cabeza asegurado | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Pedales freno / clutch / | Con forro antideslizante / sin juego excesivo | | — | — | | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Alarma de retroceso | Funcionando correctamente. | | — | — | | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Equipo de carretera | Dos conos, gato, manila de 15m., bloques, llaves, | / | | / | | | | / | | / | | / | | / | | | |
| Cinturones de seguridad | Dos de 3 puntos de apoyo | / | | / | | | | / | | / | | / | | / | | | |
| Pito | Funcionando / que se oiga mínimo a 50 m. | / | | / | | | | / | | / | | / | | / | | | |
| Timón o volante | Funcionando en perfectas condiciones | / | | / | | | | / | | / | | / | | / | | | |
| Frenos | Pedales con antideslizante/ nivel de líquido de acuerdo al | | — | — | | — | | — | | — | | — | | — | | | |
| Horómetro | Funcionando, legible y dentro del rango del mantenimiento | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |

**Recomendaciones / Observaciones:**

| **Fecha de seguimiento** | 20-Noviembre-2019 | **Responsable** | |
|---|---|---|---|

Dorsy Botero T
**Responsable de SST en Obra**

**Supervisor**

**Operador**

| INGEVÍAS | INGEVIAS S A S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE RETROEXCAVADORAS | Documento No<br>PAS-FO-62<br>Versión 1<br>19/09/2016 |
|---|---|---|

**Proyecto:** | **Localización:** Ampliación Vía Los Cien - Chaparral - El Retazo

**Inspeccionado por/cargo:** Diana Hernandez. Profesional Residente SST

**Nombre Operador:** Rolando Fernando Torres Bernal

**Fecha Inspección, Semana del** 28 oct **al** 03 de nov



B = BUENO  M = MALO  N.A = NO APLICA

| ITEM | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUCES | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 DE TRABAJO DELANTERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 DE TRABAJO TRACERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CABINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 CINTURON DE SEGURIDAD 3P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 ESTADO DEL ASIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 ESTADO VIDRIO PANORAMICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 INDICADOR DE REFRIGERANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 INDICADOR HIDRÁULICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 HOROMETRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 INDICADOR CORRIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 ESTADO DEL EXOSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 ALARMA DE RETROCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 BATERÍAS Y CABLES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO MECÁNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 FUGAS HIDRAULICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 ESTADO DE PASADORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 ESTADO DE LAS ORUGAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 CORONA DE TORNAMESA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 MANDOS DE AVANCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 ESTADO GENERAL DEL BALDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 MANDO DE GIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRAULICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 ESTADO DE ASEO GENERAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 ESTADO DE LA MANGUERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 ESTADO DE LAS ZAPATAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 RODILLOS INFERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 RODILLOS SUPERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRES | FIRMAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OPERADOR | | | | | | | |
| COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE | | | | | | Supervisor | Supervisor |

**OBSERVACIONES** FUERA DE SERVICIO SI [ ] NO [X]

**INGEVÍAS**

INGEVIAS S A S

INGENIERIA Y VIAS S.A.S

# FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE RETROEXCAVADORAS

Documento No PAS-FO-62
Version 1
19/09/2016

**Proyecto:** | **Localización:** Autopistas del Rio Cesar Ciénaga - El Copey

**Inspeccionado por/cargo:** Wilmer Alejandro Bolaño Tarazona - Residente SST

**Nombre Operador:** Reinaldo Antonio Pinto Bernal

**Fecha Inspección, Semana del** 04 al 10 de Julio de 2021



B = BUENO  M = MALO  N.A = NO APLICA

| ITEM | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LUCES** | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 DE TRABAJO DELANTERAS | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 2 DE TRABAJO TRASERAS | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| **CABINA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES | | | | — | | | — | | | — | | | — | | | — | | | | | |
| 4 CINTURON DE SEGURIDAD 3P | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 6 ESTADO DEL ASIENTO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 7 ESTADO VIDRIO PANORAMICO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 8 INDICADOR DE REFRIGERANTE | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 9 INDICADOR HIDRÁULICO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 10 HORÓMETRO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 11 INDICADOR CORRIENTE | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 13 ESTADO DEL EXOSTO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 14 ALARMA DE RETROCESO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 16 BATERIAS Y CABLES | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| **ESTADO MECÁNICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 FUGAS HIDRÁULICAS | | | | — | | | — | | | — | | | — | | | — | | | | | |
| 18 ESTADO DE PASADORES | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 19 ESTADO DE LAS ORUGAS | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA) | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 21 CORONA DE TORNAMESA | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 22 MANDOS DE AVANCE | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 24 ESTADO GENERAL DEL BALDE | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 26 MANDO DE GIRO | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRÁULICOS | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 28 ESTADO DE ASEO GENERAL | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 29 ESTADO DE LA MANGUERAS | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 30 ESTADO DE LAS ZAPATAS | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 32 RODILLOS INFERIORES | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |
| 33 RODILLOS SUPERIORES | | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | | |

| NOMBRES | FIRMAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OPERADOR | / | | | | | | |
| COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE | / | | | | | | |

**OBSERVACIONES** FUERA DE SERVICIO SI [ ] NO [X]

| INGEVÍAS | INGEVIAS S A S<br>INGENIERIA Y VIAS<br>FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE RETROEXCAVADORAS | Documento No<br>PAS-FO-62<br>Versión 1<br>19/09/2015 |
|---|---|---|

**Proyecto:** **Localización:** Ampliación Vial (1 Carril Derecho Glorieta)

**Inspeccionado por/cargo:** Juan Alejandro Parra Tarquino - Coordinador SST

**Nombre Operador:** Colmenares Fernando Rafael Bernal

**Fecha Inspección, Semana del** 11 de nov al 17 de noviembre de 2019



B = BUENO M = MALO N A = NO APLICA

| ITEM | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUCES | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 DE TRABAJO DELANTERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 DE TRABAJO TRACERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CABINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 CINTURON DE SEGURIDAD 3P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 ESTADO DEL ASIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 ESTADO VIDRIO PANORAMICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 INDICADOR DE REFRIGERANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 INDICADOR HIDRAULICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 HOROMETRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 INDICADOR CORRIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 ESTADO DEL EXOSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 ALARMA DE RETROCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 BATERÍAS Y CABLES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO MECÁNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 FUGAS HIDRÁULICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 ESTADO DE PASADORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 ESTADO DE LAS ORUGAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 CORONA DE TORNAMESA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 MANDOS DE AVANCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 ESTADO GENERAL DEL BALDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 MANDO DE GIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRÁULICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 ESTADO DE ASEO GENERAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 ESTADO DE LA MANGUERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DE LAS ZAPATAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 RODILLOS INFERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 RODILLOS SUPERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRES | FIRMAS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OPERADOR | | | | | | |
| COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE | Supervisor | Supervisor | Supervisor | Supervisor | Supervisor | Supervisor |

**OBSERVACIONES** FUERA DE SERVICIO SI [ ] NO [X]

**INGEVÍAS**

NORMADAS

FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE RETROEXCAVADORAS

Documento No: PAD-F-042 Versión 1

Proyecto: Localización: Ingeniería Vial Luis Eduardo Gaitán

Inspeccionado por/cargo: Diana Patricia Pérez Ingeniera - Residente SST

Nombre Operador: Fabián Fernando Tuta Reyna

Fecha Inspección, Semana del 18 de Nov al 24 de Noviembre de 2021



B = BUENO M = MALO N.A. = NO APLICA

| ITEM | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUCES | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 DE TRABAJO DE LANTERNAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 2 DE TRABAJO FRONTERAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| CABINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 4 CINTURON DE SEGURIDAD 3P | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 6 ESTADO DEL ASIENTO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 7 ESTADO VIDRIO PANORAMICO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 8 INDICADOR DE REFRIGERANTE | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 9 INDICADOR HIDRAULICO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 10 HOROMETRO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 11 INDICADOR CORRIENTE | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 13 ESTADO DEL EXOSTO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 14 ALARMA DE RETROCESO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 16 BATERIAS Y CABLES | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| ESTADO MECANICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 FUGAS HIDRAULICAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 18 ESTADO DE PASADORES | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 19 ESTADO DE LAS ORUGAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA) | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 21 CORONA DE TORNAMESA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 22 MANDOS DE AVANCE | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 24 ESTADO GENERAL DEL BALDE | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 26 MANDO DE GIRO | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRAULICOS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 28 ESTADO DE ASEO GENERAL | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 29 ESTADO DE LA MANGUERAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 30 ESTADO DE LAS ZAPATAS | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 32 RODILLOS INFERIORES | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 33 RODILLOS SUPERIORES | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |

| NOMBRES | FIRMAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OPERADOR | | | | | | | |
| COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE | Diana Patricia | Diana Patricia | Diana Patricia | Diana Patricia | Diana Patricia | Diana Patricia | |

OBSERVACIONES FUERA DE SERVICIO SI [ ] NO [X]

**INGEVÍAS**

INGEVIAS S A S

FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE RETROEXCAVADORAS

Documento No PAS-PO-82 Versión 1 [illegible] 2016

Proyecto: Localización: [illegible]

Inspeccionado por/cargo: [illegible]

Nombre Operador: [illegible]

Fecha Inspección, Semana del 26 oct al 03 de Noviembre de 2021



B = BUENO M = MALO N A = NO APLICA

| ITEM | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUCES | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 DE TRABAJO DELANTERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 DE TRABAJO TRACERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CABINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 CINTURON DE SEGURIDAD 3P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 ESTADO DEL ASIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 ESTADO VIDRIO PANORAMICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 INDICADOR DE REFRIGERANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 INDICADOR HIDRAULICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 HOROMETRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 INDICADOR CORRIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 ESTADO DEL EXOSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 ALARMA DE RETROCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 BATERIAS Y CABLES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO MECÁNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 FUGAS HIDRAULICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 ESTADO DE PASADORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 ESTADO DE LAS ORUGAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 CORONA DE TORNAMESA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 MANDOS DE AVANCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 ESTADO GENERAL DEL BALDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 MANDO DE GIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRÁULICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 ESTADO DE ASEO GENERAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 ESTADO DE LA MANGUERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 ESTADO DE LAS ZAPATAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 RODILLOS INFERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 RODILLOS SUPERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRES | FIRMAS |
|---|---|
| OPERADOR | [illegible] |
| COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE | [illegible] |

**OBSERVACIONES** FUERA DE SERVICIO SI [ ] NO [X]

**INGEVÍAS**

INGEVIAS S A S

FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE RETROEXCAVADORAS

Documento No PAS-F-D-57 Versión 1

Proyecto: Localización:

Inspeccionado por/cargo:

Nombre Operador:

Fecha Inspeccion, Semana del al



B = BUENO M = MALO N A = NO APLICA

| ITEM | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUCES | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 DE TRABAJO DELANTERAS | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 2 DE TRABAJO TRACERAS | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| **CABINA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 4 CINTURON DE SEGURIDAD 3P | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 6 ESTADO DEL ASIENTO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 7 ESTADO VIDRIO PANORAMICO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 8 INDICADOR DE REFRIGERANTE | | | | — | | | — | | | — | | | — | | | | | | | | |
| 9 INDICADOR HIDRAULICO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 10 HORÓMETRO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 11 INDICADOR CORRIENTE | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 13 ESTADO DEL EXOSTO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 14 ALARMA DE RETROCESO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 16 BATERÍAS Y CABLES | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| **ESTADO MECÁNICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 FUGAS HIDRAULICAS | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 18 ESTADO DE PASADORES | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 19 ESTADO DE LAS ORUGAS | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA) | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 21 CORONA DE TORNAMESA | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 22 MANDOS DE AVANCE | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 24 ESTADO GENERAL DEL BALDE | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 26 MANDO DE GIRO | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRÁULICOS | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 28 ESTADO DE ASEO GENERAL | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 29 ESTADO DE LA MANGUERAS | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 30 ESTADO DE LAS ZAPATAS | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 32 RODILLOS INFERIORES | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| 33 RODILLOS SUPERIORES | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |

| NOMBRES | FIRMAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OPERADOR | | | | | | | | |
| COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES** FUERA DE SERVICIO SI [ ] NO [X]

**INGEVÍAS**

INGEVIAS S.A.S

FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE RETROEXCAVADORAS

Proyecto: Localización:

Inspeccionado por/cargo:

Nombre Operador:

Fecha Inspeccion, Semana del al



B = BUENO M = MALO NA = NO APLICA

| ITEM | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUCES | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 DE TRABAJO DELANTERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 DE TRABAJO TRASERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CABINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 CINTURON DE SEGURIDAD SP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 ESTADO DEL ASIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 ESTADO VIDRIO PANORAMICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 INDICADOR DE REFRIGERANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 INDICADOR HIDRAULICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 HOROMETRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 INDICADOR CORRIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 ESTADO DEL EXOSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 ALARMA DE RETROCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 BATERÍAS Y CABLES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO MECÁNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 FUGAS HIDRAULICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 ESTADO DE PASADORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 ESTADO DE LAS ORUGAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 CORONA DE TORNAMESA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 MANDOS DE AVANCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 ESTADO GENERAL DEL BALDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 MANDO DE GIRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRÁULICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 ESTADO DE ASEO GENERAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 ESTADO DE LA MANGUERAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 ESTADO DE LAS ZAPATAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 RODILLOS INFERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 RODILLOS SUPERIORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRES | FIRMAS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OPERADOR | | | | | | |
| COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE | | | | | | |

**OBSERVACIONES** FUERA DE SERVICIO SI [ ] NO [X]

**INGEVÍAS**

INGEVIAS S.A.S

Documento No PAS-FO-07 Versión 1 [illegible]/2018

## FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE RETROEXCAVADORAS

Proyecto: Localizacion: El Retiro Ampliacion Vía Lucía

Inspeccionado por/cargo: Oliver Hernandez Soto Auxiliar SST

Nombre Operador: Sergio Buriago

Fecha Inspección, Semana del 18 NOV al 24 Noviembre de 2019



B = BUENO M = MALO N.A = NO APLICA

| ITEM | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LUCES | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA | B | M | NA |
| 1 DE TRABAJO DELANTERAS | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 2 DE TRABAJO TRACERAS | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| CABINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ESPEJOS LATERALES Y RETROVISORES | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 4 CINTURON DE SEGURIDAD 3P | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 5 EXTINTOR DE INCENDIO ABC 10LBS | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 6 ESTADO DEL ASIENTO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 7 ESTADO VIDRIO PANORAMICO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 8 INDICADOR DE REFRIGERANTE | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | | |
| 9 INDICADOR HIDRAULICO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 10 HOROMETRO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 11 INDICADOR CORRIENTE | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 12 INDICADOR ACEITE DE MOTOR | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 13 ESTADO DEL EXOSTO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 14 ALARMA DE RETROCESO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 15 ESCALERAS DE APOYO DE ACCESO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 16 BATERÍAS Y CABLES | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| ESTADO MECÁNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 FUGAS HIDRAULICAS | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 18 ESTADO DE PASADORES | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 19 ESTADO DE LAS ORUGAS | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 20 MECANISMO DE GIRO (TORNAMESA) | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 21 CORONA DE TORNAMESA | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 22 MANDOS DE AVANCE | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 23 FRENO DE ESTACIONAMIENTO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 24 ESTADO GENERAL DEL BALDE | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 25 MANDOS DE LEVANTE DEL BRAZO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 26 MANDO DE GIRO | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 27 ESTADO DE LOS GATOS HIDRÁULICOS | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 28 ESTADO DE ASEO GENERAL | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 29 ESTADO DE LA MANGUERAS | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 30 ESTADO DE LAS ZAPATAS | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 31 ESTADO DEL SPROKER Y RUEDA LOCA | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 32 RODILLOS INFERIORES | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |
| 33 RODILLOS SUPERIORES | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | | / | | |

| NOMBRES | FIRMAS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OPERADOR | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] |
| COORDINADOR/SUPERVISOR SMS/HSE | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] | [signature] |

**OBSERVACIONES** FUERA DE SERVICIO SI [ ] NO [X]

Se anota que el dia 18 de Nov la maquina pajarita Case 590 Se pincho la llanta obligando a reparar el Ring de la misma quedando Sin novedad y lista para laborar

**INGEVÍAS**

INGEVIAB S.A.B.
INGENIERIA Y VIAS S.A.B

**FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAB**

Documento No. | FO-48 Versión 1 29/10/2015 | PAS

Proyecto: Ampliación vial (El Activo) — Localización: El Activo

Inspeccionado por cargo: Luisy Bolaño (Res Ambiental SST) - Norbey cardona cano (conductor)

Fecha Inspección: 19-Noviembre-2019 — CONTRATO EMPRESA: Ingevias

Nombre conductor: Norbey cardona cano — ARL: Positiva — EPS: Sura

Identificación: 15443069 — Categoría: C2

Placa: SMT 380 — Marca: Internacional — Modelo: 2013

SOAT: 14454600001150 — Vence: 28-01-2020

Certificado emisión de gases: ____ — Vence: ____

Póliza contra todo riesgo: ____ — Vence: ____

Revisión Técnico mecánica: 44934927 — Vence: 15-08-2020



| COMPONENTES DEL VEHÍCULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCIÓN EN LA INSPECCIÓN | | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | |
| Parte del vehículo | Descripción de los componentes | SI | No | SI | No | SI | No | SI | No | SI | No | SI | No | SI | No |
| Parte externa | Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Estado de las llantas. Presión, defectos , aseo general | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sistema aire (Mangueras, tanques, conexiones). | | | | | | | | | | | | | | |
| | Exhosto. Roturas, porosidad | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartimiento del motor | Niveles de aceite, de refrigerante y de líquido de frenos | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Agua de batería | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conexiones de cables. Mangueras, correas | | | | | | | | | | | | | | |
| Interior del vehículo | Tablero de instrumentos: Velocímetro, gasolina, carga de batería, direccionales, temperatura, luces | / | | | | | | | | | | | | | |
| | Espejos. Limpios y libres de daños, bien ajustados y máxima visibilidad | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pito y alarma de reversa | | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Frenos: Hacer prueba de frenado | | | | | | | | | | | | | | |
| | Posición del asiento. Palanca de cambios: hacer prueba y verificar caja de cambios. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Volante: Hacer prueba y verificar dirección normal | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de mando de maniobra del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de seguridad de descarga del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| Platón | Gatos de levante del platón | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Estado general del platón. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espigos de la puerta del platón. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Anclajes | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ganchos de amarre de la carpa. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de la carpa | | | | | | | | | | | | | | |
| Vehículo en marcha | Detectar ruidos u olores extraños | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Otros | Documentos. Seguro obligatorio. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tarjeta de propiedad | | | | | | | | | | | | | | |
| | Control de gases. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Equipo de prevención y seguridad en carretera. gato, cruceta, caja de herramientas, triángulos reflectivos, tacos, llanta de repuesto, extintor, linterna, botiquín de primeros auxilios. | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Conos de señalización de trabajos en carretera. | | | | | | | | | | | | | | |
| | FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: | Rec | | Rec | | Rec | | | | Rec | | | | | |
| | FIRMA SUPERVISION (ENCARGADO O RESIDENTE), DIARIA: | Verificado | | Verificado | | Verificado | | | | Verificado | | | | | |
| | FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA: | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES :

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S. INGENIERÍA Y VÍAS S.A.S. FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAS | Documento No. PAS- FO-48 Versión 1 20/10/2015 |
|---|---|---|

Proyecto: Ampliación vial (El Retiro) — Localización: El Retiro

Inspeccionado por/cargo: Ixusy Botero (Residente SST) - Juan Pablo Giraldo Cardona (conductor)

Fecha Inspección: 18- noviembre - 2019 — CONTRATO EMPRESA: Ingevias

Nombre conductor: Juan Pablo Giraldo Cardona — ARL: Positiva — EPS: Coomeva

Lic. Condución: 1036954272 — Categoria: C2

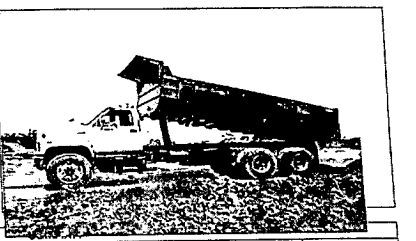
Placa: SOS387 — Marca: Internacional — Modelo: 2014

SOAT: 14454600004470 — Vence: 01-julio-2020

Certificado emisión de gases: ____ — Vence: ____

Poliza contra todo riesgo: ____ — Vence: ____

Revisión Tecnico mecánica: 44372600 — Vence: 08-julio-2020



| COMPONENTES DEL VEHÍCULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCIÓN EN LA INSPECCIÓN | | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | |
| Parte del vehiculo | Descripcion de los componentes | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| Parte externa | Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de las llantas. Presión, defectos , aseo general | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Sistema aire (Mangueras, tanques, conexiones) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Exhosto. Roturas porosidad | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartimiento del motor | Niveles de aceite, de refrigerante y de liquido de frenos. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Agua de bateria | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Conexiones de cables. Mangueras, correas | | | | | | | | | | | | | | |
| Interior del vehiculo | Tablero de instrumentos. Velocimetro, gasolina, carga de bateria, direccionales temperatura, luces | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espejos. Limpios y libres de daños bien ajustados y máxima visibilidad. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pito y alarma de reversa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frenos. Hacer prueba de frenado. | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Posición del asiento. Palanca de cambios. hacer prueba y verificar caja de cambios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Volante. Hacer prueba y verificar direccion normal | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de mando de maniobra del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de seguridad de descarga del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| Platón | Gatos de levante del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado general del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espigos de la puerta del platon | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Anclajes | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ganchos de amarre de la carpa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de la carpa | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Vehiculo en marcha | Detectar ruidos u olores extraños | | | | | | | | | | | | | | |
| | Documentos. Seguro obligatorio | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tarjeta de propiedad | | | | | | | | | / | | / | | | |
| | Control de gases | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros | Equipo de prevención y seguridad en carretera: gato, cruceta, caja de herramientas, triángulos reflectivos, tacos, llanta de repuesto, extintor, linterna, botiquín de primeros auxilios. | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Conos de señalización de trabajos en carretera | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: | | Juan Pablo | | Juan Pablo | | Juan Pablo | | | | Juan Pablo | | Juan Pablo | | | |
| FIRMA SUPERVISION (ENCARGADO O RESIDENTE), DIARIA: | | Ixusy | | Ixusy | | Ixusy | | | | Ixusy | | Ixusy | | | |
| FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA: | | Inspector | | Inspector | | Inspector | | | | Inspector | | Inspector | | | |

OBSERVACIONES :

INGEVIAS

INGEVIAS S.A.S

FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAS

Documento No. | FO-48 Versión 1 20/10/2015 | PAS-

Proyecto: Ampliación vial (El Retiro) — Localización: El Retiro

Inspeccionado por cargo: Daisy Botero (Residente SST) - Jhon Jaime Diaz Garcia

No Inspección: 18-Noviembre-2019 — CONTRATO EMPRESA: Ingevias

Nombre conductor: Jhon Jaime Garcia — ARL: Positiva — EPS: Sura

La Ceja: 1036942532 — Categoría: C3

Placa: SSZ 018 — Marca: International — Modelo: 2012

SOAT: 14454600003140 — Vence: 08-05-2020

Certificado emisión de gases: ____ — Vence: ____

Póliza contra todo riesgo: ____ — Vence: ____

Revisión Técnico mecánica: 41345096 — Vence: 17-01-2020



| COMPONENTES DEL VEHICULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCIÓN EN LA INSPECCIÓN | | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | |
| Parte del vehículo | Descripcion de los componentes | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| Parte externa | Verificar presencia de Lugas de Radios defectos o daños | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de las llantas Presion defectos aseo general | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Sistema aire (Mangueras, tanques conexiones) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Enlaces Roturas porosidad | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartimiento del motor | Niveles de aceite de refrigerante y de liquido de frenos | | | | | | | | | | | | | | |
| | Agua de bateria | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Conexiones de cables Mangueras corteas | | | | | | | | | | | | | | |
| Interior del vehículo | Tablero de instrumentos Velocimetro gasolina carga de bateria direccionales, temperatura luces | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espejos Limpios y libres de daños bien ajustadas y maxima visibilidad | | | | | / | | | | | | | | | |
| | Pito y alarma de reversa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frenos Hacer prueba de frenado | / | | / | | | | | | / | | / | | | |
| | Posición del asiento Palanca de cambios hacer prueba y verificar caja de cambios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Volante Hacer prueba y verificar dirección normal | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de levante de maniobra del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de seguridad de descarga del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| Platón | Gatos de levante del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado general del platón | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Espigos de la puerta del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Anclajes | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ganchos de amarre de la carga | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de la carpa | | | | | | | | | | | | | | |
| Vehículo en general | Detectar ruidos o olores extraños | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Documentos Seguro obligatorio | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tarjeta de propiedad | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Control de gases | | | | | | | | | | | | | | |
| | Equipo de prevencion y seguridad en carretera gato cruceta, caja de herramientas triangulos reflectivos, tacos llanta de repuesto, botiquin interno botiquin de primeros auxilios. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conos de señalizacion de trabajos en carretera | | | | | | | | | | | | | | |

FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: Jhon Jaime Garcia — Jhon Jaime Diaz

FIRMA SUPERVISION (ENCARGADO O RESIDENTE), DIARIA: Daisy Botero Residente SST / Daisy Botero Residente SST

FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA: Daisy Botero Residente SST / Daisy Botero Residente SST

OBSERVACIONES:

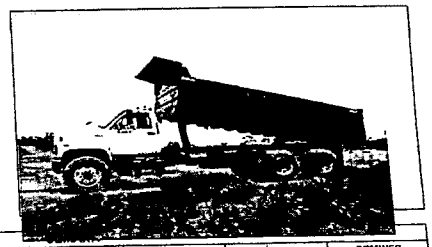
INGEVIAS

INGEVIAS S.A.S.
INGENIERIA Y VIAS S.A.S

**FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAS**

Documento No. PAS-
FO-48
Versión 1
20/10/2015

Proyecto: Ampliacion Vial (El Retiro) — Localizacion: El Retiro
Inspeccionado por/cargo: Daisy Botero (Residente SST) - Juan Carlos Rendon Palacio (Conductor)
Fecha inspección: 28 - Noviembre - 2019 — CONTRATO EMPRESA: Ingevias
Nombre conductor: Juan Carlos Rendon Palacio — ARL: Positiva — EPS: Coomeva
Lic. Conducción: 70541247 — Categoria: C2
Placa: SSZ 820 — Marca: [illegible] — Modelo: 2013
SOAT: 14454600004540 — Vence: 05 - Julio - 2020
Certificado emisión de gases: ____ — Vence: ____
Poliza revisa todo riesgo: ____ — Vence: ____
Revisión Técnico mecanica: 44934326 — Vence: 12 - Agosto - 2020



| COMPONENTES DEL VEHICULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCIÓN EN LA INSPECCIÓN | | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | |
| Parte del vehiculo | Descripcion de los componentes | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| Parte externa | Verificar presencia de fugas de fluidos defectos o daños | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Estado de las llantas Presión, defectos , aseo general | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sistema aire (Mangueras tanques, conexiones) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Exhosto Roturas porosidad | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartimiento del motor | Niveles de aceite de refrigerante y de liquido de frenos | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Agua de bateria | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conexiones de cables Mangueras, correas | | | | | | | | | | | | | | |
| Interior del vehiculo | Tablero de instrumentos Velocimetro, gasolina carga de bateria, direccionales, temperatura, luces | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Espejos Limpios y libres de daños bien ajustados y máxima visibilidad. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pito y alarma de reversa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frenos Hacer prueba de frenado | | | | | | | | | | | | | | |
| | Posición del asiento Palanca de cambios hacer prueba y verificar caja de cambios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Volante Hacer prueba y verificar dirección normal | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de mando de maniobra del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de seguridad de descarga del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| Platón | Gatos de levante del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado general del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espejos de la puerta del platón | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Anclajes | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ganchos de amarre de la carpa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de la carpa | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Vehiculo en marcha | Detectar ruidos u olores extraños | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| [illegible] | Documentos Seguro obligatorio | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tarjeta de propiedad | | | | | | | | | | | | | | |
| [illegible] | Control de gases | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Equipo de prevención y seguridad en carretera gato cruceta, caja de herramientas, triángulos reflectivos, tacos, llanta de repuesto extintor, linterna botiquín de primeros auxilios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conos de señalización de trabajos en carretera | | | | | | | | | | | | | | |
| | FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: | [signature] | | [signature] | | [signature] | | | | [signature] | | [signature] | | | |
| | FIRMA SUPERVISION (ENCARGADO O RESIDENTE). DIARIA: | [signature] | | [signature] | | [signature] | | | | [signature] | | [signature] | | | |
| | FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA: | [signature] | | [signature] | | [signature] | | | | [signature] | | [signature] | | | |

OBSERVACIONES :

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAS | Documento No. PAS-<br>FO-48<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

Proyecto: Ampliación Vial (El Retiro) — Localizacion: El Retiro

Inspeccionado por/cargo: Daisy Botero (Residente SST) - Mario Andres Giraldo Cuartas (conductor)

Fecha inspección: 18- Noviembre-2019 — CONTRATO EMPRESA: Ingevias

Nombre conductor: Mario Andres Giraldo — ARL: Positiva — EPS: Sanitas

Lic Conducción: 1045718157 — Categoria: C2

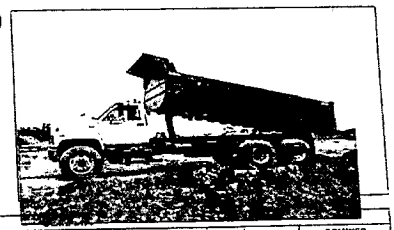
Placa: SXE 190 — Marca: International — Modelo: 2012

SOAT: 36420611601332187 — Vence: 24- Julio- 2020

Certificado emisión de gases: — Vence:

Poliza contra todo riesgo: — Vence:

Revisión Técnico mecánica: 42343585 — Vence: 24- Julio - 2020



| COMPONENTES DEL VEHÍCULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCIÓN EN LA INSPECCIÓN | | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parte del vehiculo | Descripcion de los componentes | Cumple Si | Cumple No | Cumple Si | Cumple No | Cumple Si | Cumple No | Cumple Si | Cumple No | Cumple Si | Cumple No | Cumple Si | Cumple No | Cumple Si | Cumple No |
| Parte externa | Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños<br>Estado de las llantas Presión, defectos , aseo general.<br>Sistema aire (Mangueras, tanques, conexiones).<br>Exhosto Roturas porosidad | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Compartimiento del motor | Niveles de aceite, de refrigerante y de liquido de frenos<br>Agua de bateria<br>Conexiones de cables Mangueras, correas | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Interior del vehiculo | Tablero de instrumentos Velocimetro, gasolina, carga de bateria, direccionales, temperatura, luces<br>Espejos Limpios y libres de daños, bien ajustados y máxima visibilidad<br>Pito y alarma de reversa<br>Frenos Hacer prueba de frenado.<br>Posición del asiento Palanca de cambios hacer prueba y verificar caja de cambios<br>Volante Hacer prueba y verificar dirección normal<br>Palanca de mando de maniobra del platón<br>Palanca de seguridad de descarga del platón | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Platón | Gatos de levante del platón<br>Estado general del platón<br>Espigos de la puerta del platón.<br>Anclajes.<br>Ganchos de amarre de la carpa.<br>Estado de la carpa | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Vehiculo en marcha | Detectar ruidos u olores extraños. | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Otros | Documentos. Seguro obligatorio.<br>Tarjeta de propiedad<br>Control de gases.<br>Equipo de prevención y seguridad en carretera: gato cruceta, caja de herramientas, triangulos reflectivos, tacos, llanta de repuesto, extintor, linterna, botiquin de primeros auxilios<br>Conos de señalización de trabajos en carretera. | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: | | | | | | | | | | | | | | |
| | FIRMA SUPERVISION (ENCARGADO O RESIDENTE), DIARIA: | Ingeniero Residente | | Ingeniero Residente | | Ingeniero Residente | | | | Ingeniero Residente | | Ingeniero Residente | | | |
| | FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA: | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES :

**INGEVÍAS**

INGEVIAS S.A.S.
INGENIERÍA Y VÍAS S.A.S.

**FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAS**

Documento No. PAS-

FO-48
Versión 1
20/10/2015

Proyecto: Ampliacion Isla (El Retiro) — Localizacion: Km 0 + 0,630 Km

Apellidos y nombre conductor: Yuly Katerin (Residente SST) — Volquetero: Alberto Florez (conductor)

Fecha inspección: 14-Noviembre-2019 — CONTRATO EMPRESA: Ingevias

Nombre Conductor: Yoboy Alberto Florez — ARL: Sura — EPS: Sura

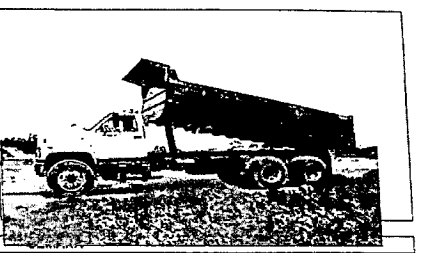
Lic. Conducción: 12654980 — Categoria: C2

TOZ076 Marca: Internacional — Modelo: 2012

Certificado emisión de gases: 92439592 — Vence: 05-Marzo-2020

Poliza contra todo riesgo: — Vence:

Revision Técnico mecanica: 119 34 2854 — Vence: 19-Feb-2020



| COMPONENTES DEL VEHÍCULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCIÓN EN LA INSPECCIÓN | | LUNES | | MARTES | | MIÉRCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SÁBADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | |
| Parte del vehiculo | Descripcion de los componentes | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| Parte externa | Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de las llantas Presion defectos , aseo general | | | | | | | / | | / | | / | | | |
| | Sistema aire (Mangueras, tanques, conexiones) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Exhosto Roturas, porosidad | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartimiento del motor | Niveles de aceite, de refrigerante y de liquido de frenos | | | | | | | | | | | | | | |
| | Agua de bateria | | | | | | | / | | / | | / | | | |
| | Conexiones de cables (Mangueras conexs | | | | | | | | | | | | | | |
| Interior del vehiculo | Tablero de instrumentos Velocimetro, gasolina, carga de bateria, direccionales, temperatura, luces | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espejos Limpios y libres de daños bien ajustados y maxima visibilidad | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pito y alarma de reversa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frenos Hacer prueba de frenado | | | | | | | / | | / | | / | | | |
| | Posición del asiento Palanca de cambios, hacer prueba y verificar caja de cambios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Volante Hacer prueba y verificar dirección normal | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de mando de maniobra del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de seguridad de descarga del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| Platón | Gatos de levante del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado general del platón | | | | | | | / | | / | | / | | | |
| | Espigos de la puerta del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Anclajes | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ganchos de amarre de la carga | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de la carpa | | | | | | | / | | / | | / | | | |
| Vehiculo en marcha | Detectar ruidos u olores extraños | | | | | | | | | | | | | | |
| | Documentos Seguro obligatorio | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tarjeta de propiedad | | | | | | | / | | / | | / | | | |
| | Control de gases | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros | Equipo de prevención y seguridad en carretera gato, crucceta, caja de herramientas, triangulos reflectivos, tacos llanta de repuesto, extintor, linterna botiquin de primeros auxilios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conos de señalización de trabajos en carretera | | | | | | | | | | | | | | |
| | FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: | | | | | | | Yoboy | | Yoboy | | Yoboy | | | |
| | FIRMA SUPERVISION (ENCARGADO O RESIDENTE), DIARIA: | | | | | | | Katerin | | Katerin | | Katerin | | | |
| | FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA: | | | | | | | Florez | | Florez | | Florez | | | |

OBSERVACIONES :

INGEVÍAS

INGEVIAS S.A.S.

Documento No. | FO-48 Versión 1 20/12/2015 | PAS-

## FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAS

Proyecto: Ampliación Vía (El Retiro) — Localización: El Retiro

Entrenado por cargo: Dusy Bohorquez (Residente SST) - Yohan Alberto Florez (Conductor)

Fecha inducción: 18 - Noviembre - 2019 — Contrato Empresa: Ingevias

Nombre conductor: Yohan Alberto Florez — ARL: Sura — EPS: Sura

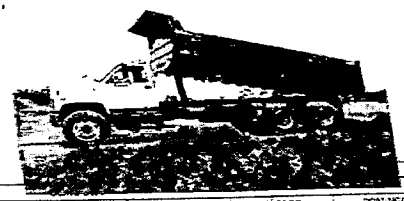
Cedula: 966 34 460 — Categoria: C2

Placa: IPZ 076 — Marca: Internacional — Modelo: 2012

Certificado emisión de gases: 22439592 — Vence: 05 - marzo - 2020

Póliza contra todo riesgo: — Vence: —

Revisión Técnico mecánica: 21232252 — Vence: 19 - feb - 2020



### COMPONENTES DEL VEHICULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCION EN LA INSPECCIÓN

| Parte del vehiculo | Descripcion de los componentes | LUNES Cumple Si | LUNES Cumple No | MARTES Cumple Si | MARTES Cumple No | MIERCOLES Cumple Si | MIERCOLES Cumple No | JUEVES Cumple Si | JUEVES Cumple No | VIERNES Cumple Si | VIERNES Cumple No | SÁBADO Cumple Si | SÁBADO Cumple No | DOM / NOC Cumple Si | DOM / NOC Cumple No |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parte externa | Verificar presencia de fugas de fluidos, defectos o daños | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de las llantas. Presion, defectos, aseo general | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| | Sistema aire: Mangueras, tanques, conexiones | | | | | | | | | | | | | | |
| | Exhosto: Roturas, portalidad | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartamento del motor | Niveles de aceite, de refrigerante y de liquido de frenos | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| | Agua de bateria | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conexiones de cables. Mangueras, correas | | | | | | | | | | | | | | |
| Interior del vehiculo | Tablero de instrumentos: Velocimetro, gasolina, carga de bateria, direccionales, temperatura, luces | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espejos: Limpios, libres de daños, bien ajustados y maximo visibilidad | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| | Pito y alarma de reversa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frenos, hacer prueba de frenado | | | | | | | | | | | | | | |
| | Posicion del asiento. Palanca de cambios, hacer prueba y verificar caja de cambios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Volante: Hacer prueba y verificar direccion normal. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de mando de maniobra del platon | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de seguridad de descarga del platon | | | | | | | | | | | | | | |
| Platón | Gatos de levante del platón | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| | Estado general del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estribos de la puerta del platon | | | | | | | | | | | | | | |
| | Anclajes | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ganchos de amarre de la carga | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| | Estado de la carga | | | | | | | | | | | | | | |
| Verificación en tránsito | Detectar ruidos y olores extraños | | | | | | | | | | | | | | |
| | Documentos: Seguro obligatorio | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| | Tarjeta de propiedad | | | | | | | | | | | | | | |
| | Control de gases | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros | Equipo de prevencion y seguridad en carretera: gato, cruceta, caja de herramientas, triangulos reflectivos, tacos, llanta de repuesto, extintor, linterna, botiquin de primeros auxilios | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| | Conos de señalizacion de trabajos en carretera | | | | | | | | | | | | | | |

FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: Yohan Yohan Yohan Yohan Yohan Yohan Yohan

FIRMA SUPERVISION (ENCARGADO O RESIDENTE), DIARIA: J.Cad R R R R R

FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA: Dusy Bohorquez Dusy Bohorquez Dusy Bohorquez Dusy Bohorquez Dusy Bohorquez Dusy Bohorquez Dusy Bohorquez

OBSERVACIONES :

INGEVIAS

INGEVIAS S.A.S.

Documento No. FO-48 Versión 1 25/10/2015 PAS

FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAS

Ampliación Vial (El Retiro) Localización El Retiro

Nicsy Romero (Residente SST) - yimmy Acampo Martinez

18 Noviembre 2019 CONTRATO EMPRESA Ingevias

Jimmy Acampo ARL Positiva EPS Medimas

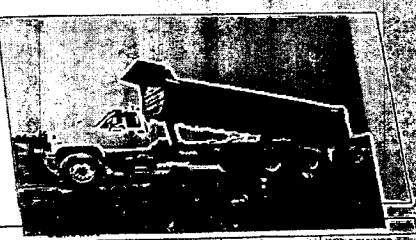
9835205 Categoría C2

TRZ343 Marca Internacional Modelo 2013

2445460000001840 Vence 01-Marzo-2020

Vence

42604690 Vence 04-Marzo-2020



| COMPONENTES DEL VEHICULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCIÓN EN LA INSPECCIÓN | | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parte del vehículo | Descripción de los componentes | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | | Cumple | |
| | | SI | No | SI | No | SI | No | SI | No | SI | No | SI | No | SI | No |
| Parte externa | Verificar presencia de fugas de líquidos, defectos o daños | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de las llantas, Presión, defectos , aseo general. | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Carrocería ase (Mangueras, tanques, contenedores) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cabina, Puertas, ventanilla, | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| Compartimiento del motor | Niveles de aceite, de refrigerante y de líquido de frenos | | | | | | | | | | | | | | |
| | Aseo de batería | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Conexiones de cables, mangueras, correas | | | | | | | | | | | | | | |
| | Aseo general | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| Cabina de conductor | Tablero de instrumentos: Velocímetro, pasolina, carga de batería, direccionales, temperatura, luces | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espejos Limpios y libres de daños, bien ajustados y máxima visibilidad | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Piso y tapetes de cabina | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frenos, Fuerza de frenado | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Palanca del cambio, Palanca de cambios: hacer pruebas y verificar caja de cambios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Volante, hacer prueba y verificar dirección normal | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Palanca de freno de mano y/o del freno. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de seguridad de descarga del platón. | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| Platón | Cabina de protección del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado general del platón | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Estado de la puerta del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Anclajes | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Capacidad de carga de la carga | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de la lona | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| Varios | Extintor (clase y fecha vencimiento) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Documentos, SOAT, tecnomecánica | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Tarjeta de propiedad | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cornetas de pitos | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| Otros | Cuñas, Reflectores, Botiquín, Equipos de carretera, gato, llanta de repuesto, caja de herramientas, triángulos | | | | | | | | | | | | | | |
| | Señalización, Cinta de seguridad, cono de tráfico, extintor, botiquín de primeros auxilios | / | | / | | / | | / | | / | | | | | |
| | Señalización de Volquetas en carretera | | | | | | | | | | | | | | |

FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: Yimmy Yimmy Yimmy Yimmy / Yimmy Yimmy

FIRMA SUPERVISOR (ENCARGADO O RESIDENTE), DIARIA:

FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA:

INGEVIAS S.A.S

**INGEVÍAS**

Documento No. PAS-

FO-48
VERSION 1
25/10/2019

## FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOLQUETAS

Proyecto: Ampliacion Vial El Retiro — Localizacion: El Retiro

Inspeccionado por/cargo: LUISY BORJA (RESIDENTE SST) - Nevardo montoya

Fecha Inspeccion: 18-Noviembre-2019 — CONTRATO EMPRESA: Ingevias

Nombre conductor: Nevardo Montoya — ARL: Sura — EPS: Sura

Lic. Conduccion: 14896255 — Categoria: C2

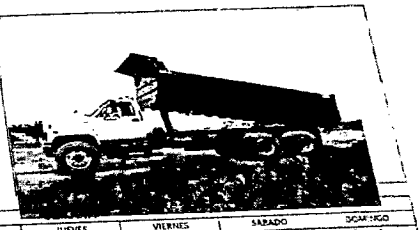
Placa: UPS 736 — Marca: International — Modelo: 2007

SOAT: 13796000000280 — Vence: 08-05-2020

Certificado emision de gases: — Vence:

Poliza contra todo riesgo: — Vence:

Revision Técnico mecánica: 41634773 — Vence: 17-07-2020



| COMPONENTES DEL VEHÍCULO A LOS CUALES SE LES DEBE PRESTAR ATENCIÓN EN LA INSPECCIÓN | | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parte del vehiculo | Descripcion de los componentes | Cumple Si | No | Cumple Si | No | Cumple Si | No | Cumple Si | No | Cumple Si | No | Cumple Si | No | Cumple Si | No |
| Parte externa | Verificar presencia de fugas de fluidos defectos o daños | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Estado de las llantas Presión defectos aseo general | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sistema aire (Mangueras tanques, conexiones) | | | | | | | | | | | | | | |
| | Exhosto Roturas porosidad | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartimiento del motor | Niveles de aceite, de refrigerante y de liquido de frenos | / | | / | | / | | | | / | | | | | |
| | Agua de bateria | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conexiones de cables Mangueras correas | | | | | | | | | | | | | | |
| Interior del vehiculo | Tablero de instrumentos Velocimetro, gasolina carga de bateria, direccionales, temperatura luces | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espejos Limpios y libres de daños, bien ajustados y máxima visibilidad | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Pito y alarma de reversa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Frenos. Hacer prueba de frenado | | | | | | | | | | | | | | |
| | Posicion del asiento Palanca de cambios hacer prueba y verificar caja de cambios | | | | | | | | | | | | | | |
| | Volante Hacer prueba y verificar dirección normal. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de mando de maniobra del platon | | | | | | | | | | | | | | |
| | Palanca de seguridad de descarga del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| Platón | Gatos de levante del platon | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Estado general del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Espigos de la puerta del platón | | | | | | | | | | | | | | |
| | Anclajes | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ganchos de amarre de la carpa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de la carpa | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Vehiculo en marcha | Detectar ruidos u olores extraños | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros | Documentos Seguro obligatorio | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| | Tarjeta de propiedad | | | | | | | | | | | | | | |
| | Control de gases. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Equipo de prevención y seguridad en carretera: gato cruceta, caja de herramientas, triángulos reflectivos tacos, llanta de repuesto, extintor, linterna, botiquin de primeros auxilios. | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conos de señalización de trabajos en carretera | | | | | | | | | | | | | | |

FIRMA CONDUCTOR, DIARIA: Nevardo Montoya Nevardo Montoya — Nevardo Montoya Nevardo Montoya

FIRMA SUPERVISION (ENCARGADO O RESIDENTE), DIARIA: Residente Residente Residente — Residente Residente Residente

FIRMA VERIFICACION RESPONSABLE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DIARIA:

OBSERVACIONES :

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VÍAS S.A.S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOBROCOMPACTADORES | Documento No.<br>PAS-FO-53<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

Proyecto: Ampliación Vial — Localización: El Retiro

Inspeccionado por/cargo: Yhony Alexander Zapata Victoria Jurgente

Fecha Inspección: 01 de octubre de 2019

Nombre Operador: Yhony Alexander Zapata.



| ELEMENTOS DE OPERACIÓN | LUN | | MAR | | MIER | | JUEV | | VIER | | SABA | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ESTADO MECANICO** | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| Estado del nivel del aceite del motor | | / | | | | / | | | / | | / | | | |
| Estado nivel de combustible | | / | | / | | / | | | / | | / | | | |
| Estado del nivel de la caja de velocidades | | / | | / | | / | | | / | | / | | | |
| Estado de las correas | | / | | / | | | | | / | | / | | | |
| Estado de los mandos de direcciòn | | / | | / | / | | / | | / | | / | | | |
| Revisiòn de pasadores en general | / | | | / | / | | / | | / | | / | | | |
| Estado de los rodillos | / | | / | | / | | / | | / | | / | | | |
| Estado de la Manivela | / | | / | | / | | / | | / | | / | | / | |
| Estado de las guayas | / | | / | | / | | | | / | | / | | | |
| Estado de la caja de cambios | / | | / | | | | | | / | | / | | | |
| Estado de las guardas de seguridad | | | / | | | | | | / | | / | | | |
| FIRMA OPERADOR | | / | | / | | / | | / | Yhony | | Yhony | | | |
| Vo.Bo. SUPERVISOR/ENCARGADO | | / | | / | | / | | / | / | | / | | | |
| Vo.Bo. HSE | | / | | / | | / | | / | Wilson | | Wilson | | | |

**PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERARLO:**

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS'S A.S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOBROCOMPACTADORES | Documento No.<br>PAS-FO-53<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

Proyecto: Ampliación Vial C.C. Palmas — Localización: C.C. Palmas

Inspeccionado por/cargo: Jhon Manuela Potes Tarazona

Fecha Inspección: 05 de noviembre de 2021

Nombre Operador: Yhony Alexander Zapata.



| ELEMENTOS DE OPERACIÓN | LUN | | MAR | | MIER | | JUEV | | VIER | | SABA | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ESTADO MECANICO** | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| Estado del nivel del aceite del motor | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado nivel de combustible | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado del nivel de la caja de velocidades | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado de las correas | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado de los mandos de dirección | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Revisión de pasadores en general | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado de los rodillos | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado de la Manivela | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado de las guayas | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado de la caja de cambios | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| Estado de las guardas de seguridad | | / | / | | / | | / | | / | | / | | | / |
| FIRMA OPERADOR | | | Yhony Z | | Yhony Z | | Yhony Z | | Yhony Z | | Yhony Z | | | |
| Vo.Bo. SUPERVISOR/ENCARGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| Vo.Bo. HSE | | | Vo.Bo. | | Vo.Bo. | | Vo.Bo. | | Vo.Bo. | | Vo.Bo. | | | |

**PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERARLO:**

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VÍAS S.A S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOBROCOMPACTADORES | Documento No.<br>PAS-FO-53<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

Proyecto: Ampliación vial El Litro — Localización: El Litro

Inspeccionado por/cargo: Diana Alejandra Bello Vargas

Fecha Inspección: 19 de noviembre de 2015

Nombre Operador: Yhonny Alexander Zarate



| ELEMENTOS DE OPERACIÓN | LUN | | MAR | | MIER | | JUEV | | VIER | | SABA | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ESTADO MECANICO** | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| Estado del nivel del aceite del motor | | / | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado nivel de combustible | | / | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado del nivel de la caja de velocidades | | / | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de las correas | | / | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de los mandos de direcciòn | | / | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Revisiòn de pasadores en general | | | X | | X | | X | | X | | X | | / | |
| Estado de los rodillos | | | X | | X | | X | | X | | X | | / | |
| Estado de la Manivela | | | X | | X | | X | | X | | X | | / | |
| Estado de las guayas | | | X | | X | | X | | X | | X | | / | |
| Estado de la caja de cambios | | | X | | X | | X | | X | | X | | / | |
| Estado de las guardas de seguridad | | | X | | X | | X | | X | | X | | / | |
| FIRMA OPERADOR | | | Yhonny Z | | Yhonny Z | | Yhonny Z | | Yhonny Z | | Yhonny Z | | | |
| Vo.Bo. SUPERVISOR/ENCARGADO | | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | | |
| Vo.Bo. HSE | | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | [illegible] | | | |

**PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERARLO:**

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE SEGURIDAD DIARIA DE VOBROCOMPACTADORES | Documento No.<br>PAS-FO-53<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Proyecto ampliacion vial | Localización: el retiro |
| Inspeccionado por cargo | Auxiliar Ingeniero SST |
| Fecha Inspección | 18-Nov-2019 |
| Nombre Operador | Yhonny Alexander Zapata. |



| ELEMENTOS DE OPERACIÓN | LUN | | MAR | | MIER | | JUEV | | VIER | | SABA | | DOM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ESTADO MECANICO** | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| Estado del nivel del aceite del motor | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado nivel de combustible | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado del nivel de la caja de velocidades | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de las correas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de los mandos de dirección | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Revisión de pasadores en general | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de los rodillos | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de la Manivela | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de las guayas | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de la caja de cambios | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| Estado de las guardas de seguridad | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | |
| FIRMA OPERADOR | Yhonny Z | | Yhonny Z | | Yhonny Z | | Yhonny Z | | Yhonny Z | | Yhonny Z | | | |
| Vo.Bo. SUPERVISOR/ENCARGADO | Rodolfo | | Rodolfo | | Rodolfo | | Rodolfo | | Rodolfo | | Rodolfo | | | |
| Vo.Bo. HSE | Inspector | | Inspector | | Inspector | | Inspector | | Inspector | | Inspector | | | |

**PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERARLO:**

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 6

# FORMATOS DE INSPECCIÓN DE BOTIQUINES, EXTINTORES Y E.P.P.

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VÍAS S A S.<br>FORMATO PARA INSPECCION DE EXTINTORES | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-21<br>VERSIÓN 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

**Contrato No. u Obra:** Ampliacion Vial El Rebaño - 4600010161 | **Fecha de Revisión:** DIA 21 MES 11 AÑO 2014 | **Empleado que aplica la lista de Chequeo:** [illegible]

**CLASE DE EXTINTOR:** Multiproposito | **CODIGO:** Unrecargado | **Encargado de Impacto Comunitario y de Salud Ocupacional:**

**CALIFICACIÓN:** T = Cumplimiento Total P = Cumplimiento Parcial I = Insuficiente NA = No Aplica

| ITEM | DESCRIPCION DE FACTORES CLAVES EXITOSOS Y DE SUS RESPECTIVOS ITEMS | T | P | I | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Los elementos de los extintores se encuentran en perfecto estado de funcionamiento:** | | | | | |
| 1.1 | El soporte no presenta desgastes, esta firme y permite la sugecion correcta del extintor sin deteriorar el cilindro ni los demas elementos del equipo? | / | | | | |
| 1.2. | La válvula se encuentra en perfecto estado de funcionamiento (para realizar esta revisión no es necesario retirar el pin de seguridad ni accionar la válvula) | / | | | | |
| 1.3 | La manguera o boquilla se encuentra perfectamente instalada al equipo, se encuentra en buen estado, sin desgastes, ni roturas? | / | | | | |
| 1.4 | El sujetador se encuentra firme y permite el agarre perfecto del equipo para ser utilizado? | / | | | | |
| 2 | **Carga del equipo.** | | | | | |
| 2.1 | El manómetro indica señal intermedia, se encuentra ubicado por fuera de los campos de "RECARGA" y "SOBRECARGA" | / | | | | |
| 2.2 | El cilindro se encuentra en buen estado de pintura y limpieza, libre de polvo? | / | | | | |
| 2.3 | El cilindro se encuentra en perfecto estado no presenta deterioro por corrosión o por golpes? | / | | | | |
| 2.4 | La señalizacion del equipo extintor se encuentra ubicada en la pared detrás del equipo y corresponde al tipo de extintor? | | | | / | |
| 2.5 | El equipo se encuentra codificado y corresponde a la ubicación definida en el listado? | | | | / | |
| 2.6 | Fecha última recarga | | | | | Diciembre 2013 |
| 2.7 | Fecha próxima recarga | | | | | Diciembre 2014 |
| 2.8 | La clase del extintor aplica para el riesgo del área donde esta ubicado? | / | | | | |

| 3 | Acciones necesarias para corregir las condiciones encontradas | Fecha de Ejecucion | fecha de Revision | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Nota:** Los extintores que tienen manguera son de carga liquida, los que no tienen son de carga polvo quimico.

[illegible]

FIRMA DE QUIEN INSPECCIONO

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VÍAS S.A.S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE EXTINTORES | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-21<br>VERSIÓN 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

**Contrato No. u Obra:** 4600010161 - Ampliacion Vial El Jobo

**Fecha de Revisión:** DIA 21 MES 11 AÑO 2019

**Empleado que aplica la lista de Chequeo:** Nelly Soto

**CLASE DE EXTINTOR:** Multiproposito

**CODIGO:** Extintor 31 BL

**Encargado de Impacto Comunitario y de Salud Ocupacional:**

**CALIFICACIÓN:** T = Cumplimiento Total P = Cumplimiento Parcial I = Insuficiente NA = No Aplica

| ITEM | DESCRIPCION DE FACTORES CLAVES EXITOSOS Y DE SUS RESPECTIVOS ITEMS | T | P | I | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Los elementos de los extintores se encuentran en perfecto estado de funcionamiento:** | | | | | |
| 1.1 | El soporte no presenta desgastes, esta firme y permite la sugecion correcta del extintor sin deterirar el cilindro ni los demas elementos del equipo? | ✓ | | | | |
| 1.2 | La válvula se encuentra en perfecto estado de funcionamiento (para realizar esta revisión no es necesario retirar el pin de seguridad ni accionar la válvula) | ✓ | | | | |
| 1.3 | La manguera o boquilla se encuentra perfectamente instalada al equipo, se encuentra en buen estado, sin desgastes, ni roturas? | ✓ | | | | |
| 1.4 | El sujetador se encuentra firme y permite el agarre perfecto del equipo para ser utilizado? | ✓ | | | | |
| 2 | **Carga del equipo.** | | | | | |
| 2.1 | El manómetro indica señal intermedia, se encuentra ubicado por fuera de los campos de "RECARGA" y "SOBRECARGA" | ✓ | | | | |
| 2.2 | El cilindro se encuentra en buen estado de pintura y limpieza, libre de polvo? | ✓ | | | | |
| 2.3 | El cilindro se encuentra en perfecto estado no presenta deterioro por corrosión o por golpes? | ✓ | | | | |
| 2.4 | La señalizacion del equipo extintor se encuentra ubicada en la pared detrás del equipo y corresponde al tipo de extintor? | | | | ✓ | |
| 2.5 | El equipo se encuentra codificado y corresponde a la ubicación definida en el listado? | | | | ✓ | |
| 2.6 | Fecha última recarga | | | | | Mayo 2019 |
| 2.7 | Fecha proxima recarga | | | | | Mayo 2020 |
| 2.8 | La clase del extintor aplica para el riesgo del área donde esta ubicado? | ✓ | | | | |

| 3 | Acciones necarias para corregir las condiciones encontradas | Fecha de Ejecucion | fecha de Revision | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nota: Los extintores que tienen manguera son de carga liquida, los que no tienen son de carga polvo quimico.

FIRMA DE QUIEN INSPECCIONO

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE EXTINTORES | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-21<br>VERSIÓN 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

Contrato No. u Obra: 4600001161 Ampliación Vial CI Retiro

Fecha de Revisión: DIA 21 MES 11 AÑO 2019

Empleado que aplica la lista de Chequeo: Yolman Flórez

CLASE DE EXTINTOR: No Hay Extintor

CODIGO: Volqueta TD7036

Encargado de Impacto Comunitario y de Salud Ocupacional:

**CALIFICACIÓN:** T = Cumplimiento Total P = Cumplimiento Parcial I = Insuficiente NA = No Aplica

| ITEM | DESCRIPCION DE FACTORES CLAVES EXITOSOS Y DE SUS RESPECTIVOS ITEMS | T | P | I | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Los elementos de los extintores se encuentran en perfecto estado de funcionamiento:** | | | | | |
| 1.1 | El soporte no presenta desgastes, esta firme y permite la sugecion correcta del extintor sin deteriorar el cilindro ni los demas elementos del equipo? | ✓ | | | | |
| 1.2 | La válvula se encuentra en perfecto estado de funcionamiento (para realizar esta revisión no es necesario retirar el pin de seguridad ni accionar la válvula) | ✓ | | | | |
| 1.3 | La manguera o boquilla se encuentra perfectamente instalada al equipo, se encuentra en buen estado, sin desgastes, ni roturas? | ✓ | | | | |
| 1.4 | El sujetador se encuentra firme y permite el agarre perfecto del equipo para ser utilizado? | ✓ | | | | |
| 2 | **Carga del equipo.** | | | | | |
| 2.1 | El manómetro indica señal intermedia, se encuentra ubicado por fuera de los campos de "RECARGA" y "SOBRECARGA" | ✓ | | | | |
| 2.2 | El cilindro se encuentra en buen estado de pintura y limpieza, libre de polvo? | ✓ | | | | |
| 2.3 | El cilindro se encuentra en perfecto estado no presenta deterioro por corrosión o por golpes? | | ✓ | | | Se observa un poco de corrosion |
| 2.4 | La señalizacion del equipo extintor se encuentra ubicada en la pared detrás del equipo y corresponde al tipo de extintor? | | | | ✓ | |
| 2.5 | El equipo se encuentra codificado y corresponde a la ubicación definida en el listado? | | | | ✓ | |
| 2.6 | Fecha última recarga | | | | | Mayo 2019 |
| 2.7 | Fecha próxima recarga | | | | | Mayo 2020 |
| 2.8 | La clase del extintor aplica para el riesgo del área donde esta ubicado? | ✓ | | | | |

| 3 | Acciones necesarias para corregir las condiciones encontradas | Fecha de Ejecucion | fecha de Revision | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nota. Los extintores que tienen manguera son de carga liquida, los que no tienen son de carga polvo quimico.

Duvy Botero T.

FIRMA DE QUIEN INSPECCIONO

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA INSPECCION DE EXTINTORES | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-21<br>VERSIÓN 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

**Contrato No. u Obra:** 46000161 - Ampliacion Vial El Retiro

**Fecha de Revisión:** DIA 21 | MES 11 | AÑO 2021

**Empleado que aplica la lista de Chequeo:** [illegible]

**CLASE DE EXTINTOR:** Multiproposito

**CODIGO:** Abrocarpetador

**Encargado de Impacto Comunitario y de Salud Ocupacional:**

**CALIFICACIÓN:** T = Cumplimiento Total  P = Cumplimiento Parcial  I = Insuficiente  NA = No Aplica

| ITEM | DESCRIPCION DE FACTORES CLAVES EXITOSOS Y DE SUS RESPECTIVOS ITEMS | T | P | I | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Los elementos de los extintores se encuentran en perfecto estado de funcionamiento:** | | | | | |
| 1.1 | El soporte no presenta desgastes, esta firme y permite la sugecion correcta del extintor sin deteriorar el cilindro ni los demas elementos del equipo? | ✓ | | | | |
| 1.2 | La válvula se encuentra en perfecto estado de funcionamiento (para realizar esta revisión no es necesario retirar el pin de seguridad ni accionar la válvula) | ✓ | | | | |
| 1.3 | La manguera o boquilla se encuentra perfectamente instalada al equipo, se encuentra en buen estado, sin desgastes, ni roturas? | ✓ | | | | |
| 1.4 | El sujetador se encuentra firme y permite el agarre perfecto del equipo para ser utilizado? | ✓ | | | | |
| 2 | **Carga del equipo.** | | | | | |
| 2.1 | El manómetro indica señal intermedia, se encuentra ubicado por fuera de los campos de "RECARGA" y "SOBRECARGA" | ✓ | | | | |
| 2.2 | El cilindro se encuentra en buen estado de pintura y limpieza, libre de polvo? | ✓ | | | | |
| 2.3 | El cilindro se encuentra en perfecto estado no presenta deterioro por corrosión o por golpes? | ✓ | | | | |
| 2.4 | La señalizacion del equipo extintor se encuentra ubicada en la pared detrás del equipo y corresponde al tipo de extintor? | | | | ✓ | |
| 2.5 | El equipo se encuentra codificado y corresponde a la ubicación definida en el listado? | | | | ✓ | |
| 2.6 | Fecha ultima recarga | | | | | Julio 2019 |
| 2.7 | Fecha próxima recarga | | | | | Julio 2020 |
| 2.8 | La clase del extintor aplica para el riesgo del área donde esta ubicado? | ✓ | | | | |

| 3 | Acciones necesarias para corregir las condiciones encontradas | Fecha de Ejecucion | fecha de Revision | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nota: Los extintores que tienen manguera son de carga liquida, los que no tienen son de carga polvo quimico.

[signature]

FIRMA DE QUIEN INSPECCIONO

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE EXTINTORES | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-21<br>VERSIÓN 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

Contrato No. u Obra: 4600010161 - Ampliacion Vial El Retiro

Fecha de Revision: DIA 21 MES 11 ANO 2019

Empleado que aplica la lista de Chequeo:

CLASE DE EXTINTOR: Multiproposito

CODIGO: Retiro pegantel

Encargado de Impacto Comunitario y de Salud Ocupacional:

CALIFICACION: T = Cumplimiento Total P = Cumplimiento Parcial I = Insuficiente NA = No Aplica

| ITEM | DESCRIPCION DE FACTORES CLAVES EXITOSOS Y DE SUS RESPECTIVOS ITEMS | T | P | I | NA | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Los elementos de los extintores se encuentran en perfecto estado de funcionamiento:** | | | | | |
| 1.1 | El manometro no presenta desgastes esta firme y permite la sugecion correcta [illegible] el agarre del equipo ni los demas elementos del equipo? | ✓ | | | | |
| 1.2 | La manguera se encuentra en perfecto estado de funcionamiento (para realizar esta revision no es necesario retirar el pin de seguridad ni accionar la válvula) | ✓ | | | | |
| 1.3 | La manguera o boquilla se encuentra perfectamente instalada al equipo, se encuentra en buen estado sin desgastes, ni roturas? | ✓ | | | | |
| 1.4 | El sujetador se encuentra firme y permite el agarre perfecto del equipo para ser trasladado | ✓ | | | | |
| 2 | **Carga del equipo.** | | | | | |
| 2.1 | El manometro indica señal intermedia, se encuentra ubicado por fuera de los campos de "RECARGA" y "SOBRECARGA" | ✓ | | | | |
| 2.2 | El [illegible] se encuentra en buen estado de pintura y sin pieza, libre de polvo? | ✓ | | | | |
| 2.3 | El cilindro se encuentra en perfecto estado no presenta deterioro por corrosion [illegible] | ✓ | | | | |
| 2.4 | La senalizacion del equipo extintor se encuentra ubicada en la pared detrás [illegible] | | | | ✓ | |
| 2.5 | El extintor se encuentra codificado y corresponde a la ubicación definida en el [illegible] | | | | ✓ | |
| 2.6 | [illegible] | | | | | Marzo 2018 Marzo 2020 |
| 2.7 | [illegible] | | | | | |
| 2.8 | [illegible] aplica para el riesgo del área donde esta ubicado? | ✓ | | | | |

| 3 | Acciones necesarias para corregir las condiciones encontradas | Fecha de Ejecucion | fecha de Revision | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Nota: Los extintores que tienen son de carga liquida, los que no tienen son de carga polvo quimico

FIRMA DE QUIEN INSPECCIONO

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA INSPECCION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-33<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

UBICACIÓN/ AREA: El Retiro FECHA: 12-11-2019 INSPECCIONADO POR: Alvaro EMPRESA: Ingevias SAS

| | NOMBRE DEL TRABAJADOR | CASCO | | CAFAS | | PROTECTOR FACIAL | | PROTECTOR AUDITIVO | | PROTECCION RESPIRATORIA | | GUANTES | | IMPERMEABLE | | BOTAS | | OTROS | | FIRMA DEL TRABAJADOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | USO | ESTADO | USO | ESTADO | USO | ESTADO | USO | ESTADO | USO | ESTADO | USO | ESTADO | USO | ESTADO | USO | ESTADO | USO | ESTADO | | |
| | Miguel Angel Alvarez | SI | B | SI | B | NA | — | NA | B | NA | B | SI | B | NA | — | SI | B | | — | | |
| | Alejandro Orrego | SI | B | SI | D | NA | — | NA | D | NA | B | SI | B | NA | — | SI | D | | — | | |
| | Oscar Zapata | SI | B | SI | B | NA | — | NA | B | NA | B | SI | B | NA | — | SI | B | | — | | |
| | Hernando Arro | SI | B | SI | B | NA | — | SI | B | NO | B | SI | B | NA | — | SI | B | | — | | |
| | Isaac Vargas | SI | B | SI | B | NA | — | SI | B | SI | B | SI | B | NO | — | SI | B | | — | | |
| | Cluvel Isaac Botero | SI | B | SI | B | NA | — | SI | B | SI | B | SI | B | NO | — | SI | B | | — | | |
| | Juan Pablo Calle | SI | B | SI | B | SI | B | SI | B | SI | B | SI | B | NA | — | SI | B | | — | | |
| | Elmer Aguirre | SI | B | SI | B | NA | — | SI | B | SI | B | SI | B | NA | — | SI | B | | — | | |
| | Luis Miguel Martinez | SI | B | NO | — | NA | — | NO | — | SI | B | SI | B | NA | — | SI | B | | — | | |

o = SI, No o No Aplica
lado = B. BUENO M. MALO D DESECHABLES

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 7

# ACTAS DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL LABORAL DE INGEVÍAS S.A.S.

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

**INGEVIAS**

**INGEVIAS S.A.S.**

## FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN

**DOCUMENTO No.**
**PRH-FO-01**
**Versión 3**
12-02-2019

NOMBRE Juan David Vargas Melo CEDULA: 1.111.200.685
OBRA O AREA Residente Vial El Retiro
FECHA 02-11-19 HORA INICIO: 8:00 AM HORA FINAL: 5:00 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| 1. Bienvenida a nuestra Empresa | | |
| [illegible] INGEVIAS S A S | Daniel Cotrot | Juan David Vargas M |
| 2. Recursos Humanos | | |
| [illegible] de trabajo | | |
| [illegible] y periodicidad de pago | | |
| [illegible] y Reglamento interno de trabajo | | |
| [illegible] de terminación del contrato | Daniel Cotrot | Juan David Vargas M |
| [illegible] por llamados y sanciones | | |
| [illegible] de Conducta INGEVIAS S A S | | |
| 3 Sistema de Gestión Integral | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que lo integran (SGC SGO SGA) reglamentos, objetivos, procedimientos y programas | | |
| 3.2 Politica del SGI - Politica de vida Saludable – Politica de Responsabilidad social – Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos | Daniel Cotrot | Juan David Vargas M |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte y notificacion de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuación ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estrategico de Seguridad vial politicas y normas | | |
| 3.11 Gestion documental | | |
| 4. Procesos Administrativos | | |
| 4.1 Compras y Almacen | | |
| 4.2 Control de Costos | | |
| 4.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico | | Juan David Vargas M |
| 4.4 Contabilidad | | |
| 4.4 Financiero | | |
| 4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| 5. Proyecto | | |
| 5.1 Objeto del contrato cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente etc | Daniel Cotrot | Juan David Vargas M |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos en SST uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| 6. OTROS TEMAS | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre Juan David Vargas Melo
Cc 1.111.200.685
Cargo Residente Vial Forestal
Firma Juan David Vargas M

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

INGEVIAS S.A.S.

DOCUMENTO DE PRUEBA

EXAMEN PARA EVALUACION DE CONOCIMIENTOS

C.C. 1111 22 183.

[illegible] INGEVIAS

a. [illegible] b. 628 c. 2003 d. 1976

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a:

a. [illegible] permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. [illegible] cumplimiento de requisitos con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. [illegible] con conexión de servicios públicos, insatisfacción de los clientes

3. En nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos:

a. [illegible] accionistas
b. [illegible] – comunidad
c. Cliente - Usuario
d. Todas las anteriores

4. Cuales es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas.

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (V) (F)
b. Gestión Ambiental (G.A). Contaminar el medio ambiente (V) (F)
c. Gestión Calidad (G.C) Cliente satisfecho (V) (F)

5. Cuales son las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestion Integral

a. [illegible] de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b. [illegible] Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c. [illegible] Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, [illegible] y demas interesados.

a. [illegible]
b. [illegible]
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores

7. [illegible] según su definición:

a. [illegible] compensacion familiar (c) Riesgos Laborales
b. [illegible] (b) Salud
c. [illegible] (a) Salud, recreación y vivienda
d. [illegible] (d) Pensión y Cesantías

| | | |
|---|---|---|
| | **INGEVIAS S.A.S.**<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>**FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES** | **DOCUMENTO No.**<br>**PRH-FO-12**<br>**Versión 1** |

Actividad principal del proyecto (objeto): Ampliacion vial, más ciclovia

Cuál es el cliente del proyecto? Gobernación de Antioquia - Secretaria de infraestructura

Cuáles peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Uso de la motosierra | Sobreexposición al ruido |
| Uso de la motosierra | ergonomico por posturas |
| Manejo de cargas | Fatiga muscular |

Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo

| PARTE DEL CUERPO | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) Guantes |
| d. Cuerpo | (b) Botas |
| e. Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g. Oídos | (a) Casco |

Diga por lo menos 3 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: a) Recolección de los residuos sólidos
b) No contaminación de las fuentes de agua
c) Protección de la fauna y flora
d) Evitar la emisión del material particulado presente
e) No riegos de residuos peligrosos en el suelo

Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

1. Papel
2. Peligroso
3. restos de comida
4. Vidrio
5. Servilletas e icopor
6. Plástico

X

FIRMA DEL TRABAJADOR: [signature]
FECHA: 11/12

122

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>**FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN** | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Juan Fernando Ospino CEDULA: 98555677
OBRA O AREA: Ampliación Vial El Retiro
FECHA: 12 - Noviembre - 2019 HORA INICIO: 7 AM HORA FINAL: 5 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional | Daisy Soler T | |
| 1.2 Visión y Misión | | |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S A S | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | Daisy Soler T | |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminación del contrato | | |
| 2.5 Reclamos permisos prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Código de Conducta INGEVIAS S A.S | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA). **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas** | Daisy Soler T | |
| 3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuación ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas. | | |
| 3.11 Gestión documental | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén | Daisy Soler T | |
| 4.2 Control de Costos | | |
| 4.3 Maquinaria y equipos. Examen escrito y practico | | |
| 4.4 Contabilidad | | |
| 4.4 Financiero | | |
| 4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc. | Daisy Soler T | |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Juan Jose Ospino G.
Cc: 98555677
Cargo: ING. DIRECTOR.
Firma

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 46F0010161
Nombre JUAN CAMILO OROZCO G. C.C. 98555677
Fecha: 01-12-2016

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

a. 1975 b.1988 c. 2008 X 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

X a. Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
d. Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a. Caja de compensación familiar
b. EPS
c. ARL
d. AFP

(c) Riesgos Laborales
(b) Salud
(a) Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No. PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8 a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): AMPLIACION - VIA

b. Cuál es el cliente del proyecto? LA GOBERNACION

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| TRANSITO. | MUERTE. |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (E) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (F) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (C) Guantes |
| d. Cuerpo | (B) Botas |
| e. Cara y Ojos | (G) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (D) Arnés |
| g. Oídos | (A) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: (1) RECICLAJE (2) MANEJO LODOS (3) REDUCCION DE MATERIAL VEGETAL (4) DISPOSICION DE RESIDUOS PELIGROSOS (5) ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (HUMAN

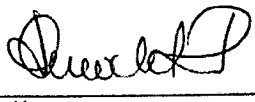
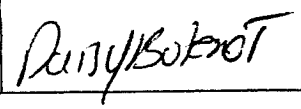
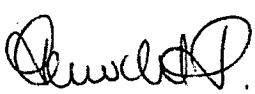
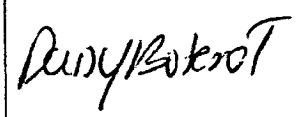
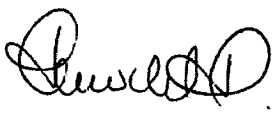
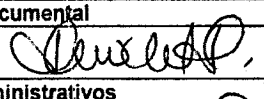
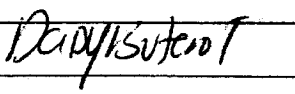
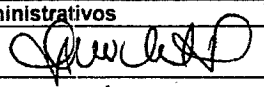
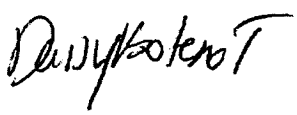
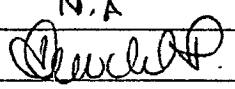
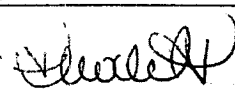
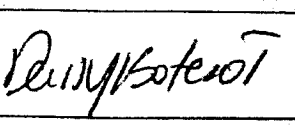
12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 5. Servilletas e icopor |
| b. Crema | 3.restos de comida |
| c. Verde | 6. Plástico |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 1. Papel |
| f Roja | 2. Peligroso |

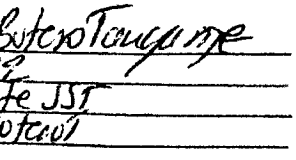
| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Ruby Botero T |
| CALIFICACIÓN | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | No |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>**FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN** | **DOCUMENTO No. PRH-FO-01**<br>Versión 4<br>07/06/2019 |
|---|---|---|

**NOMBRE:** Dany Alejandra Botero Tangarife **CEDULA:** 43689648
**OBRA O AREA:** Pavimentación Vía El Retiro
**FECHA:** 01 Noviembre - 2019 **HORA INICIO:** 7 AM **HORA FINAL:** 5 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional<br>1.2 Visión y Misión<br>1.3 Estructura organizacional INGEVIAS S.A.S.<br>1.4 Principios y Valores |  |  |
| **2. Talento Humano** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminación del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones<br>2.6 Código de Conducta |  |  |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**<br>3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuación ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas.<br>3.10 Tecnología de la información |  |  |
| **4. Gestión Documental** | | |
| 4.1 Manejo documental de la organización<br>4.2 Manejo de sistemas de apoyo en software documental |  |  |
| **5. Procesos Administrativos** | | |
| 5.1 Compras y Almacén |  |  |
| 5.2 Control de Costos | N.A | |
| 5.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico |  | |
| 4.4. Contabilidad | N.A. | |
| 5.4 Financiero | N.A. | |
| 5.5 Licitaciones (Comercial) | N.A | |
| **6. Proyecto** | | |
| 5.1 Informacion del contrato: objetivos, alcance, indicadores, cliente, organigrama, funciones y responsabilidades<br>5.2 Gestion HSEQ en obra<br>5.3 Informcion tècnica |  |  |
| **7. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte del INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cargo del cual fui contratado (a).**

Nombre: Dany Botero Tangarife
Cc: 43689648
Cargo: Residente SST
Firma 

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600010161
Nombre Daisy Alejandra Ramos T
Fecha: 01-11-2019
C.C. 43689642

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

a. 1975 b.1988 c. 2008 d. 1979 ✓

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

a. Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados ✓
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
d. Todas las anteriores ✓

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f) ✓

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato ✓
(c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores ✓

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(c) Riesgos Laborales
(b) Salud
(g) Salud, recreación y vivienda ✓
(f) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliacion Vial El Retiro Rio Cien - Puente Chapineros

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernacion de Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Locativo | Caida a mismo nivel |
| Transito | Atropellamiento |
| Biologico | Picadura de Insecto |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) Guantes |
| d. Cuerpo | (b) Botas |
| e. Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g. Oídos | (a) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: -Ahorrar agua
- Reciclar
- No talar arboles
- No realizar quemas
- No derramar quimicos en el suelo

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 5. Servilletas e icopor |
| b. Crema | 3.restos de comida |
| c. Verde | 1. Papel |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 2. Peligroso |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Ma. Isabel Madrigal O. |
| CALIFICACIÓN | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | NO |

INGEVIAS S.A.S.

DOCUMENTO No.
PRH-FO-01

# FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN

NOMBRE:
OBRA O AREA:
FECHA:
CEDULA:
HORA INICIO:
HORA FINAL:

| TEMARIO | REALIZADO POR: (Nombre y firma) | RECIBIDO POR: (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| INGEVIAS S.A.S. | | |
| Reglamento interno de trabajo<br>Duración del contrato<br>Permisos, horas extras y salidas<br>Salarios, INGEVIAS S.A.S. | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| Sistema de Gestión Integral (SGC SGO SGA)<br>Documentos, objetivos, procedimientos y programas<br>SGI – Política de Vida Saludable – Política de Prevención, Atención y Mitigación – Política de Drogas y Alcohol<br>Responsabilidades y autoridad en el SGI, grupos de apoyo<br>Importancia de la calidad<br>Aspectos relevantes en el oficio y sus controles<br>Reporte de actos, condiciones inseguras e incidentes<br>Emergencias<br>Impactos significativos al medio ambiente<br>Plan de emergencia comunidad y personal de la Empresa<br>Elementos de Seguridad vial, políticas y normas<br>Señalización vial | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| Trabajo escrito y gráfico | | |
| **5. Proyecto** | | |
| Alcance, organigrama, funciones, normas | | |
| Uso de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |

Recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fue convocado

FIRMA

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVIAS S.A.S. | DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1 |
|---|---|
| FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | |

CONTRATO No [illegible]
Nombre [illegible] C.C. 7185724
Fecha: [illegible]

¿En qué año se fundó INGEVIAS?

a. 1975 b 1988 c. 2008 d 1979 ✓

La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S A S hace referencia a :

a. Mejorando permanentemente cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Cumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente ✓
c. Construir con conexión de servicios públicos. Insatisfacción de los clientes.

En nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores - comunidad
c. Cliente - Usuario ✓
d. Todas las anteriores

Cuáles es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso a cada una de las respuestas:

Gestión Ocupacional (G.O). Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
Gestión Ambiental (G A) Contaminar el medio ambiente (v) (f) ✓
Gestión Calidad (G C). Cliente satisfecho (v) (f)

Cuáles son las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integrada

Gestión de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
Gestión Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
Gestión Ambiental (C) Controlar los impactos ambientales ✓

Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, trabajadores y demás interesados.

c. Escuchar
d. Todas Las anteriores ✓

Riesgos según su definición.

Caja de compensación familiar

(C) Riesgos Laborales
(c) Salud
(c) Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías ✓

INGEVIAS S.A.S.

| DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1 |
|---|

FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES

Actividad principal del proyecto (objeto) Mejoramiento vial

Duración del proyecto? 4 meses

Qué peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| | Disminución de la movilización |
| | Caída a mismo nivel |
| | |
| | |

Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo el que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| Cabeza | (A) Gafas y Careta |
| Piernas y Pies | (E) Mascaras y respiradores |
| Dedos y manos | (C) Guantes |
| Cuerpo | (D) Botas |
| Cara y Ojos | (B) Tapones y orejeras |
| Sistema Respiratorio | (F) Arnés |
| Oidos | (G) Casco |

Escriba a menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente

Usar los residuos

Recoger los residuos del suelo

Según el tipo de residuo se debe disponer

1. Papel
2. Peligroso
3. restos de comida
4. Vidrio
5. Servilletas e icopor
6. Plástico

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Diana Patricia Avella Villamizar CEDULA: 60446600
OBRA O AREA: Arquitectura Local C Pedro
FECHA: 02-11-2019 HORA INICIO: 7 AM HORA FINAL: 5 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional | Diana Patricia Avella V. | Diana Patricia Avella V. |
| 1.2 Visión y Mision | | |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | Diana Patricia Avella V. | Diana Patricia Avella V. |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminación del contrato | | |
| 2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Código de Conducta INGEVIAS S.A.S | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas** | Diana Patricia Avella V. | Diana Patricia Avella V. |
| 3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuación ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas. | | |
| 3.11 Gestión documental | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén | Diana Patricia Avella V. | Diana Patricia Avella V. |
| 4.2 Control de Costos | | |
| 4.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico | | |
| 4.4 Contabilidad | | |
| 4.4 Financiero | | |
| 4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc | Diana Patricia Avella V. | Diana Patricia Avella V. |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre Diana Patricia Avella Villamizar
Cc. 60.446.600
Cargo Ing. Residente de Obra
Firma Diana Patricia Avella V.

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600010161
Nombre David Ribon Avella Valbuena C.C. 60446600
Fecha: 02-11-2019

1 En qué año se fundó INGEVIAS?:

a. 1975 b.1988 c. 2008 d.1979 ✓

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

a. Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados ✓
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario ✓
d. Todas las anteriores

4. Cual es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f) ✓
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral

a. Gestión de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar ✓
b. Gestion Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c. Gestión Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, trabajadores y demás interesados:

a. Saludar
b. Responder
c. Escuchar ✓
d. Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar (c) Riesgos Laborales ✓
b) EPS (b) Salud
c) ARL (a) Salud, recreación y vivienda
d) AFP (d) Pensión y Cesantías

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No. PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliación, construcción de cloaca y andenes

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernación de Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Caidas del mismo | Caidas del mismo nivel |
| locativo | Caidas de diferente nivel |
| Mecanico | Mecanico. Lesiones en los ojos |
| Transito. | Atropellamiento |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (e) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) Guantes |
| d. Cuerpo | (b) Botas |
| e. Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g. Oídos | (d) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: Cuidado fuentes hidricas, Cuidado Vegetación, no Contaminación con residuos solidos, Cuidado de especies.

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Duby Botero |
| CALIFICACIÓN | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | NO. |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

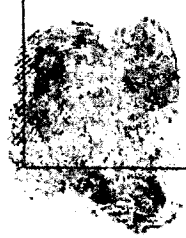
NOMBRE: Cesar A. Correa CEDULA: 74283977
OBRA O AREA: Retiro
FECHA: Nov 02/19 HORA INICIO: 7 am HORA FINAL: 5 p.m.

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional | DaisyButeroT | |
| 1.2 Visión y Misión | | |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A S. | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | DaisyButeroT | |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminación del contrato | | |
| 2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Código de Conducta INGEVIAS S.A.S. | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas** | DaisyButeroT | |
| 3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuación ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas. | | |
| 3.11 Gestión documental | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén | DaisyButeroT | |
| 4.2 Control de Costos | | |
| 4.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico | | |
| 4.4. Contabilidad | | |
| 4.4 Financiero | | |
| 4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc. | DaisyButeroT | |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Cesar A Correa
Cc: 74283977
Cargo: Administrador
Firma:

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|
| | FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | |

CONTRATO No. A6000 1061
Nombre Cesar Carrero C.C. 79283977
Fecha: Nov 07/19

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

a 1975 b.1988 c. 2008 (d) 1979 ✓

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

(a) Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados ✓
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario ✓
(d) Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f) ✓
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar ✓
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar ✓
(d) Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(e) Riesgos Laborales
(b) Salud ✓
(a) Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8 a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliacion del Relleno

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernacion Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Biomecanico | Lumbago |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) Guantes |
| d. Cuerpo | (b) Botas |
| e. Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g. Oídos | (a) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: Ahorrar agua, no botar reciclar, no realizar quemas, no talar arboles

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

Diego Botero T
12/10
NO

137

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Raúl Manuel Perez Torres CEDULA: 78.112.437
OBRA O AREA: Ampliación Vial El Retiro
FECHA: 13-11-2021 HORA INICIO: 7 AM HORA FINAL: 5 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional<br>1.2 Vision y Mision<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S.<br>1.4 Principios y Valores | DaisyBotero T | Raúl Perez |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminacion del contrato<br>2.5 Reclamos permisos prohibiciones y sanciones<br>2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S.A.S | DaisyBotero T | Raúl Perez |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que lo integran (SGC, SGO, SGA), reglamentos, objetivos, procedimientos y programas<br>3.2 Politica del SGI – Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad social – Politica Anticorrupción – Politica de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificacion de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuación ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estrategico de Seguridad vial políticas y normas<br>3.11 Gestión documental | DaisyBotero T | Raúl Perez |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén<br>4.2 Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico<br>4.4 Contabilidad<br>Financiero<br>4.5 Licitaciones (Comercial) | | Raúl Perez |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc<br>5.2 Organigrama de obra<br>5.3 Riesgos en SST uso y porte de EPP y controles operacionales | DaisyBotero T | Raúl Perez |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.

Nombre Raúl Perez
Cc 78112437
Cargo Ayudante
Firma

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No 4600010161
Nombre Raúl Perez C.C. 78712437
Fecha: 13-11-2019

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

a. 1975 b.1988 c. 2008 ~~d.~~ 1979

2 La politica del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

~~a.~~ Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son.

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
~~d.~~ Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador ~~(v)~~ (f)
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) ~~(f)~~
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho ~~(v)~~ (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión integral.

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

~~b~~) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
~~(f)~~ Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(C) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar
~~d.~~ Todas Las anteriores

7 Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

~~c~~) Riesgos Laborales
~~(b)~~ Salud
~~(a)~~ Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|
| | FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | |

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): ampliacion vial El Retiro antioquia

b Cuál es el cliente del proyecto? gobernacion de antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Transito vehicular | atropellamiento |
| locativo | caida mismo Nivel |
| | |
| | |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (E) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (F) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (C) Guantes |
| d. Cuerpo | (B) Botas |
| e. Cara y Ojos | (G) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (D) Arnés |
| g. Oídos | (A) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: arrojo de agua Reciclar cubrir los materiales No talar arboles y No realizar quemas

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3.restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Ruby Bolent |
| CALIFICACIÓN | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | NO |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Alconides Rodriguez Barbosa CEDULA: 91797264
OBRA O AREA: Ampliación Vial El Retiro
FECHA: 02-11-2019 HORA INICIO: 7 AM. HORA FINAL: 5 PM.

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional<br>1.2 Vision y Mision<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S<br>1.4 Principios y Valores | DanySoterT | Alconides R |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminación del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones<br>2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S.A.S | DanySoterT | Alconides R |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**<br>3.2 Politica del SGI – Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad social – Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autondad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuación ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estrategico de Seguridad vial: politicas y normas.<br>3.11 Gestion documental | DanySoterT | Alconides R |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacen<br>4.2 Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos. Examen escrito y practico<br>4.4 Contabilidad<br>4.4 Financiero<br>4.5 Cotizaciones (Comercial) | DanySoterT | Alconides R |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, reglamento, etc<br>5.2 Cronograma de obra<br>5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | DanySoterT | Alconides R |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Alconides
CC: 91 797 264
Cargo: Operador
Firma: Alconides R

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|
| | FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | |

CONTRATO No. 4600010161
Nombre Alcon. [illegible]
Fecha: 02/11/2019

C.C. 71797284

1 En qué año se fundó INGEVIAS?.

a 1975 b.1988 c. 2008 d 1979 ✓

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S hace referencia a

a Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados ✓
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3 Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son. ✓

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
d. Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a Gestión Ocupacional (G O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f) ✓
b Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5 Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral.

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestion Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar ✓
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados: ✓

a Saludar
b Respetar
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(c) Riesgos Laborales ✓
(b) Salud
(d) Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA + VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8 a Cual es la actividad principal del proyecto (objeto) AMPLIACION VIA EL RETIRO

b Cual es el cliente del proyecto? GOBERNACION DE ANTIOQUIA

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a El cráneo | (E) Gafas y Careta |
| b Piernas y Pies | (F) Mascaras y respiradores |
| c Dedos, manos | (C) Guantes |
| d Cuerpo | (B) Botas |
| e. Cara y Ojos | (G) Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (D) Arnés |
| g. Oídos | (A) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente AHORRAR AGUA
RECICLAR
NO CORTAR ARBOLES
NO TIRAR BASURAS
NO DERRAMAR QUIMICOS

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3.restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Daniel Botero T |
| CALIFICACION | 11/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | NO |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Martha Luz Restrepo Restrepo CEDULA: 43069430
OBRA O AREA: Ampliación Vía Fredonia
FECHA: 22-11-2017 HORA INICIO: 7 PM HORA FINAL: 5 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional | Firma Profesional | |
| 1.2 Vision y Mision | | |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | Firma Profesional | |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminación del contrato | | |
| 2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S.A.S | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que lo integran (SGC, SGO, SGA), **regiamentos, objetivos, procedimientos y programas** | Firma Profesional | |
| 3.2 Politica del SGI – Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad social – Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuación ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial, politicas y normas | | |
| 3.11 Gestión documental | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacen | | |
| 4.2 Control de Costos | | |
| 4.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico | | |
| Contabilidad | | |
| 4.4 Financiero | | |
| 4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance organigrama, funciones, normas, cliente etc | Firma Profesional | |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Martha Luz Rpo
CC 43.069.430
Cargo Residente Social
Firma

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|
| | FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | |

CONTRATO No. 460001016
Nombre Martha Lucia Rico C.C. 43069930
Fecha: 02-11-2009

1 En qué año se fundó INGEVIAS?:

a. 1975 b.1988 c. 2008 d. 1979

2 La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

a. Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
d. Todas las anteriores

4 Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión integral

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6 Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores

7 Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(c) Riesgos Laborales
(b) Salud
(a) Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantias

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|
| | FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | |

8. a Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliación, rectificación pavimentación y construcción en la vía Puerto Cuero - Pte Chaparreros. ✓
b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernación de Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Ruido | Protectores auditivos ✓ |
| Material Particulado | Tapabocas |
| Posturas inadecuadas | Ergonomica |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores ✓ |
| c. Dedos, manos | (c) Guantes |
| d. Cuerpo | (b) Botas |
| e. Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g. Oídos | (a) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: 1º Separacion residuos sólidos
2º Contaminacion de las fuentes de agua ✓
3º Protección de flora y fauna y
4º No Talar si hacer quemar de los sectores arboreos. 5º Reciclar

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 6. Plástico |
| b Crema | 1. Papel |
| c Verde | 2. Peligroso |
| d Blanca | 3.restos de comida |
| e Gris | 4. Vidrio |
| f Roja | 5. Servilletas e icopor |

X

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Pedro Soto T |
| CALIFICACIÓN | 11/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | No. |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

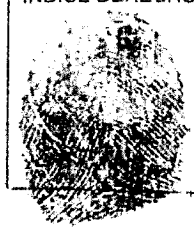
NOMBRE: Luis Carlos Jimenez CEDULA: 71634925
OBRA O AREA: Bodega Ltda (Almacen)
FECHA: 21 Diciembre 2019 HORA INICIO: 7 AM HORA FINAL: 5 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional | Dany Botero T | Luis Carlos |
| 1.2 Vision y Misión | | |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | Dany Botero T | Luis Carlos |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminación del contrato | | |
| 2.5 Reclamos permisos prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S.A.S | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas** | Dany Botero T | Luis Carlos |
| 3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuación ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas. | | |
| 3.11 Gestión documental | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén | Dany Botero T | Luis Carlos |
| 4.2 Control de Costos | | |
| 4.3 Maquinaria y equipos. Examen escrito y practico | | |
| 4.4 Contabilidad | | |
| 4.4 Financiero | | |
| 4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente etc | Dany Botero T | Luis Carlos |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Luis Carlos Jimenez
Cc: 71634925
Cargo: Almacenista
Firma:

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



**INGEVIAS S.A S**

**FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES**

| DOCUMENTO No |
|---|
| PRH-FO-12 |
| Versión 1 |

CONTRATO No [illegible]

C.C. [illegible]

1. ¿En qué año se fundó INGEVIAS?

a 1975 b 1988 c 2008 X 1979

2. La política del Sistema de Gestion Integral de INGEVIAS S A S hace referencia a :

a Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a Proveedores - accionistas
b Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
X Todas las anteriores

4. Califique el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (V) (f)
b Gestion Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c Gestion Calidad (G.C): Cliente satisfecho (V) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral.

a Gestión de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b Gestion Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c Gestion Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, trabajadores y demás interesados:

a Escuchar
b Ayudar
c. Escuchar
X Todas Las anteriores

7. Relacione según su definicion.

a Caja de compensación familiar (c) Riesgos Laborales
b ARS (b) Salud
c ARL (a) Salud, recreación y vivienda
d AFP (d) Pensión y Cesantias

INGEVIAS

INGEVIAS S.A S.

FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES

DOCUMENTO No PRH-FO 12 Version 1

8 [illegible] dad principal del proyecto (obra): Ampliacion Via al Retiro

9 Cual es el cliente del proyecto? Gobernacion de Antioquia

10 A cuales peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Vehiculos | Atropello o caida |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) Guantes |
| d Cuerpo | (b) Botas |
| e Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g Oidos | (a) Casco |

11 Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: Derrames Quimicos.
Ahorro Agua.
Reciclaje
Economizar Energia.
No Tala de Arboles

12 Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c Verde | 3.restos de comida |
| d Blanca | 4. Vidrio |
| e Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACION REALIZADA POR | Daniel Botero T |
| CALIFICACION | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | No |

INGEVIAS S.A.S.

**DOCUMENTO No.**
**PRH-FO-01**
Versión 2

## GUIA PARA ACTA DE INDUCCIÓN

CEDULA

INICIO HORA FINAL

RECIBIDO POR

Proyectos Administrativos

Proyecto

OTROS TEMAS

INGEVIAS S.A.S la induccion Reinduccion y/o entrenamiento para el cual fui contratado

...CACION DE INDUCCIONES

...

...

...

RIESGO (Ejemplo)

ELEMENTO

- Gafas y Careta
- Mascaras y respiradores
- Guantes
- Botas
- Tapones y orejeras
- Arnés
- Casco

...ciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio

...como se debe disponer

- ...ble
- Peligroso
- ...stos de combustión
- ...ico
- Son botas e icopor
- Plástico

11552

**INGEVIAS S.A.S.**
INGENIERIA Y VIAS S.A.

DOCUMENTO No.
PRH-FO-01

# FORMATO PARA ACTA DE INDUCCION

CEDULA:

HORA INICIO: HORA FINAL:

| EMPLEADO | REALIZADO POR (Nombre y Firma) Bienvenida a la Empresa | RECIBIDO POR (Nombre y Firma) |
|---|---|---|
| INGEVIAS S.A.S | | |

2. Reglamento Interno

- Horario
- Pago de salarios
- Contrato
- Prestaciones sociales
- INGEVIAS S.A.S

3. Sistema de Gestion Integral

- Conocimiento sobre SGC SGO SOA
- Objetivos procedimientos y programas
- Política de Salud Ocupacional – Política de Seguridad Vial – Política de Alcohol y Sustancias Psicoactivas
- Importancia del SGC grupos de apoyo
- Peligros asociados al oficio y sus controles
- Accidentes incidentes e incidentes
- Cuidado del medio ambiente
- Responsabilidad de la Empresa
- Reglamentos políticas y normas

4. Procesos Administrativos

- Cargo directivo

5. Proyecto

- Alcance organigrama funciones, normas
- PPP y controles operacionales

6. OTROS TEMAS

Yo [illegible] de INGEVIAS S.A.S. la induccion, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

153

INGEVIAS S.A.S.

| FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1 |
|---|---|

...ASS

...2008 ...A 15%

...a de Gestion integral de INGEVIAS S A S hace referencia a

...cumplimiento de requisitos satisfaccion de interesados
...requisitos con buena calidad, cuidando el medio ambiente
...n de servicios publicos insatisfacción de los clientes

...La Politica de Gestion hace referencia a los interesados O Grupos de interes estos

...s
...
c Cliente - Usuario
d Todas las anteriores

...ompromiso de los sistemas de gestion de INGEVIAS S A.S. Indique verdadero o falso ...respuestas

...(G.O) Velar por la seguridad del trabajador (X) (f)
...Ambiental (G.A). Contaminar el medio ambiente (v) (f)
...Calidad (G.C) Cliente satisfecho (X) (f)

...principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión

...dad
...idad
...
(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
( ) Controlar los impactos ambientales

...aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios comunidad ...interesados

c Escuchar
d Todas Las anteriores

...ucion
...n familiar

( C) Riesgos Laborales
(b) Salud
(d) Salud, recreacion y vivienda
( ) Pension y Cesantias

154

INGEV[illegible]

DOCUMENTO No.
PRP-FO-12
Versión 1

[illegible] EVALUACION DE INDUCCIONES

[illegible]

RIESGO (Efecto)

[illegible]

[illegible] cuerpo con los elementos de protección personal y enfoque en [illegible] el desempeño de su trabajo

| | ELEMENTO |
|---|---|
| ( ) | Gafas y Careta |
| ( ) | Mascaras y respiradores |
| ( ) | Guantes |
| ( ) | Botas |
| ( ) | Tapones y orejeras |
| ( ) | Arnés |
| ( ) | Casco |

[illegible] atenciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio

[illegible]

[illegible] siduo se debe disponer

1. [illegible]
2. Peligroso
3. [illegible] de comida
4. Vidrio
5. Servilletas de papel.
6. Plastico

[illegible]

Página [illegible] de 1

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Sergio Andres Durango CEDULA: 8.060.750
OBRA O AREA: Ampliacion Via el Retiro
FECHA: 2 Nov 2019 HORA INICIO: 7 AM HORA FINAL: 5 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional<br>1.2 Vision y Mision<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S A S<br>1.4 Principios y Valores | DanyBotero | Sergio Durango |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminación del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones<br>2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S A.S | DanyBotero | Sergio Durango |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), reglamentos, objetivos, procedimientos y programas<br>3.2 Politica del SGI – Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad social – Politica Anticorrupción – Politica de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 [illegible] peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 [illegible] y notificación de accidentes e incidentes<br>3.7 [illegible] ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial, politicas y normas.<br>3.11 Gestión documental | DanyBotero | Sergio Durango |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 [illegible] Almacén<br>4.2 Control de Costos<br>4.3 Manejo de [illegible] y equipos Examen escrito y practico<br>4.4 Contabilidad<br>4.5 Liquidaciones Comercial) | DanyBotero | Sergio Durango |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 [illegible] contrato cliente y alcance organigrama, funciones, normas.<br>5.2 [illegible] de obra<br>5.3 Riesgos [illegible] uso y porte de EPP y controles operacionales | DanyBotero | Sergio Durango |
| **6. OTROS TEMAS** | | |

Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.

Nombre: Sergio Durango
C.C. 8.060.750
Cargo: [illegible]
Firma:

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600010161
Nombre Jeraldin Bravo
Fecha: 2 Nov 2019
C.C. 8060750

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

a. 1975 b.1988 c. 2008 d. 1979 ✓

2 La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

a. Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados ✓
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
d. Todas las anteriores ✓

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f) ✓
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar ✓
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores ✓

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(c) Riesgos Laborales
(b) Salud
(a) Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías ✓

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A.S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): ampliacion vial el Retiro

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernacion Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Transito | Choque |
| Mecanico | Heridas |
| Quimico | Manipulacion Combustibles y Aceites |
| Fisico | Ruido |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (G) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (T) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (G) Guantes |
| d Cuerpo | (B) Botas |
| e. Cara y Ojos | (T) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (A) Arnés |
| g. Oidos | (C) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente:

1 no botar Basuras en afluentes
2 no matar Animales
3 no talar
4 no Derramar Aceites

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Ruby Garcia |
| CALIFICACION | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | No |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 4<br>07/06/2019 |
|---|---|---|

NOMBRE: Yobar Florez Soler CEDULA: 98.569.480
OBRA O AREA: ampliación vial El Retiro
FECHA: 14. 11. 2019 HORA INICIO: 7 a.m. HORA FINAL: 12 M

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional<br>1.2 Vision y Misión<br>1.3 Estructura organizacional INGEVIAS S.A.S.<br>1.4 Principios y Valores | DaisyBotero T | Yobar Florez |
| **2. Talento Humano** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminación del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones<br>2.6 Código de Conducta | DaisyBotero T | Yobar Florez |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**<br>3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuación ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas.<br>3.10 Tecnología de la información | DaisyBotero T | Yobar Florez |
| **4. Gestión Documental** | | |
| 4.1 Manejo documental de la organización<br>4.2 Manejo de sistemas de apoyo en software documental | — | — |
| **5. Procesos Administrativos** | | |
| 5.1 Compras y Almacén<br>5.2 Control de Costos<br>5.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico<br>5.4 Contabilidad<br>5.4 Financiero<br>5.5 Licitaciones (Comercial) | | Yobar Florez |
| **6. Proyecto** | | |
| 6.1 Informacion del contrato: objetivos, alcance, indicadores, cliente, organigrama funciones y responsabilidades<br>6.2 Gestion HSEQ en obra<br>6.3 Informacion técnica | DaisyBotero T | Yobar Florez |
| **7. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

Declaro haber recibido por parte del INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cargo del cual fui contratado (a).

Nombre Yobar Florez Soler
Cc 98.569.480
Cargo Conductor
Firma Yobar Florez

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600010161
Nombre Hotel Jelec C.C. 98.659.460
Fecha: 14-11-2019

1. En que año se fundó INGEVIAS?:

a. 1975 b.1988 c. 2008 d. 1979 ✓

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a : ✓

X Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Politica de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son: ✓

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
X Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas: ✓

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5 Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral: ✓

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6 Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados: ✓

a Saludar
b Respetar
c. Escuchar
X Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición: ✓

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(c) Riesgos Laborales
(b) Salud
(a) Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías

160

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): ampliacion via / Veloro

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernacion de antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Transito | Choques |
| Maquinas | caida diferente nivel |
| | |
| | |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a | El cráneo | (a) Gafas y Careta |
| b | Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c. | Dedos, manos | (c) Guantes |
| d. | Cuerpo | (b) Botas |
| e. | Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f. | Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g | Oídos | (a) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: ahorrar agua
Reciclar
No botar basuras
No talar arboles
No realizar quemas

12 Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a Azul | 1. Papel |
| b Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3.restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | DaiyBotero T |
| CALIFICACIÓN | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | NO |

151

INGEVIAS S.A.S

INGEVIAS

FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN

DOCUMENTO No. PRH-FO-01
Versión 3
12/07/2018

**NOMBRE:** Jesús Alberto Escalante Durango **CEDULA:** 1039385810
**OBRA O AREA:** Ampliacion Vial
**FECHA:** 05 Nov 2019 **HORA INICIO:** 8:00 am **HORA FINAL:** 11:00 am

**TEMARIO**

1.1 Reseña histórica y cultura organizacional
1.2 visión y Misión
1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S A S
1.4 Principios y Valores

2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo
2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago
2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo
2.4 Causales de terminación del contrato
2.5 Reglas de permisos, prohibiciones y sanciones
2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S A S

3.1 Sistemas de Gestion que lo integran (SGC, SGO SGA).
**reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**
3.2 Política de ... Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad Social Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos
3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo
3.4 Principios de la Calidad
3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles
3.6 Reporte e investigación de accidentes e incidentes
3.7 Señales de emergencias
3.8 Recomendaciones para el cuidado del medio ambiente
3.9 Relaciones con la comunidad y personal de la Empresa
3.10 Seguridad vial políticas y normas.
3.11 Gestion documental

4.1 Contratos y Facturas
4.2 Cotizaciones
4.3 Materiales y empaques Examen escrito y practico
4.4 Cotizaciones
4.5 Facturacion
4.6 Licitaciones (Comercial)

5.1 Objeto del contrato cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, ...
5.2 Cronograma de obra
5.3 Riesgos en SST uso y porte de EPP y controles operacionales

| | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| 1. Bienvenida a nuestra Empresa | DaisyBotero T | Jesús E. |
| 2. Recursos Humanos | DaisyBotero T | Jesús E. |
| 3. Sistema de Gestión Integral | DaisyBotero T | Jesús E. |
| 4. Procesos Administrativos | | Jesús E. |
| 5. Proyecto | DaisyBotero T | Jesús E. |
| 6. OTROS TEMAS | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre Jesús Escalante
Cc 1039385810
Cargo Aux Topografia
Firma Jesus E.

HUELLA DACTILAR INDICE DERECHO

INGEVIAS

INGEVIAS S.A.

FORMATO PARA EVALUACION DE INDUCCIONES

DOCUMENTO No. PRH-FO-12
Versión 1

**CONTRATO No.** 4600010161
**Nombre** Jesús Escalante **C.C.** 1038385810
**Fecha:** 06 Nov 2019

1. En que año se fundo INGEVIAS?:

a. 1975 b.1988 c. 2008 X. 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

X. Mejorando permanentemente. cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
X. Todas las anteriores

4. Cuales el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas

a. Gestion Ocupacional (G O) Velar por la seguridad del trabajador (X) (f)
b. Gestión Ambiental (G A) Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestion Calidad (G C): Cliente satisfecho (X) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral

a) Gestion de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b) Gestion Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c) Gestion Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b. Respetar
c. Escuchar
X. Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar (C) Riesgos Laborales
b) EPS (b) Salud
c) ARL (a) Salud, recreación y vivienda
d) AFP (d) Pensión y Cesantías

INGEVIAS

DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1

...CCIONES

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto)? Ampliación Vial Pueblorrico – Hispania

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernación de Antioquia ✓

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Tránsito | Atropellamiento |
| Piso Liso | Caida |
| | |
| | |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a. El cráneo | (c) | Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) | Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) | Guantes |
| d. Cuerpo | (b) | Botas |
| e. Cara y Ojos | (j) | Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) | Arnés |
| g. Oídos | (a) | Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente. Ahorrar agua
No talar
No hacer incendios
Reciclar
No botar químicos ✓

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Daisy Botero |
| CALIFICACIÓN | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | NO |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Miguel Angel Alvarez M. CEDULA: 79.585.171
OBRA O AREA: Ampliación Vía Puro Cuero - Chapineros
FECHA: 25 Octubre de 2019 HORA INICIO: 7:00 am HORA FINAL: 8:30 am

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional | | |
| 1.2 Visión y Misión | | |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S. | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | | |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminación del contrato | | |
| 2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Código de Conducta INGEVIAS S.A.S. | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas** | | |
| 3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuación ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas. | | |
| 3.11 Gestión documental | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén | | |
| 4.2 Control de Costos | | |
| 4.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico | | |
| 4.4. Contabilidad | | |
| 4.4 Financiero | | |
| 4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc. | | |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Miguel
Cc: 79585171
Cargo: Bodeguero
Firma: Miguel

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



| | | |
|---|---|---|
| INGEVIAS | **INGEVIAS S.A.S.**<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>**FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES** | **DOCUMENTO No.**<br>**PRH-FO-12**<br>**Versión 1** |

**CONTRATO No.** 4600010161
**Nombre** Miguel Angel Alvarez **C.C.** 79.585.171
**Fecha:** Oct. 25 de 2019

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

   a. 1975 b.1988 c. 2008 d. 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

   a. Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
   b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
   c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

   a. Proveedores - accionistas
   b. Trabajadores – comunidad
   c. Cliente - Usuario
   d. Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

   a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (V) (f)
   b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (V) (f)
   c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (V) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

   a) Gestión de Calidad — (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
   b) Gestión Ocupacional — (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
   c) Gestión Ambiental — (c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

   a. Saludar
   b Respetar
   c. Escuchar
   d. Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

   a) Caja de compensación familiar — (g) Riesgos Laborales
   b) EPS — (b) Salud
   c) ARL — (a) Salud, recreación y vivienda
   d) AFP — (d) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliación de la Vía Puyo cuero – puente Chapineras.

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernación de Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Mal estado de la vía | caidas |
| Paso de carros | atropello |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) Guantes |
| d. Cuerpo | (b) Botas |
| e. Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g. Oídos | (a) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: Separar los residuos, Talar materiales ahorrar agua, no talar arboles, no arrojar basuras, no contaminar rios, quebradas

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | |
| CALIFICACIÓN | |
| REQUIERE REFUERZO? | |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S.<br>**FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN** | **DOCUMENTO No.**<br>**PRH-FO-01**<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

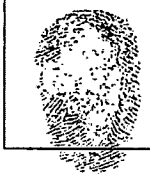
NOMBRE: Yeiner Eduardo Herrera Aguirre Hernandez CEDULA: 1007 704 544
OBRA O AREA: Ampliacion via puro cuero chaparro
FECHA: 09/11/2019 HORA INICIO: 4 am HORA FINAL: 10 AM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional<br>1.2 Visión y Misión<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S.<br>1.4 Principios y Valores | DuvisBotero T | Yeiner eduardo Aguirre Hernandez 1007704544 |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminación del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones<br>2.6 Código de Conducta INGEVIAS S.A.S. | DuvisBotero T | Yeiner eduardo Aguirre Hernandez 1007704544 |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**<br>3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuación ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas.<br>3.11 Gestión documental | DuvisBotero T | Yeiner eduardo Aguirre Hernandez 1007704544 |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén<br>4.2 Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico<br>4.4. Contabilidad<br>4.4 Financiero<br>4.5 Licitaciones (Comercial) | | Yeiner eduardo Aguirre ~~Aguirre~~ Hernandez 1007704544 |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc.<br>5.2 Organigrama de obra<br>5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | DuvisBotero T | Yeiner eduardo Aguirre Hernandez 1007704544 |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Yeiner eduardo Aguirre Hernandez
Cc: 1007 704 544
Cargo: Ayudante
Firma: Yeiner Hernandez

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

**CONTRATO No.** 4620101671
**Nombre** Yeiner Eduardo Aguirre Hernandez **C.C.** 1007924544
**Fecha:** 07/11/2019

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

   a. 1975 b.1988 c. 2008 (d) 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

(a). Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
(d) Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (x) (f)
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental
(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar
(d). Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP
(C) Riesgos Laborales
(B) Salud
(A) Salud, recreación y vivienda
(D) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliación de la via Puro cuero chapinero

b. Cuál es el cliente del proyecto? gobernacion de antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Mecanico | corte o machacon |
| transito | atropellamiento |
| | |
| | |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) Guantes |
| d. Cuerpo | (b) Botas |
| e. Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g. Oídos | (a) Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: cuidar el agua, no talar arboles, no arrojar basuras, no realizar ruidos, reciclar

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Dany Botero |
| CALIFICACIÓN | |
| REQUIERE REFUERZO? | |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: [illegible] CEDULA: [illegible]
OBRA O AREA: Ampliacion Vial El Retiro
FECHA: [illegible] HORA INICIO: 10 AM. HORA FINAL: 3 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR - (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional | | |
| 1.2 Vision y Mision | D. S y B. Retiro T | |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | | |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | Dairy S/ Retiro T | |
| 2.4 Causales de terminacion del contrato | | |
| 2.5 Reclamos permisos prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S.A.S | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que se integran (SGC SGO SGA), reglamentos objetivos, procedimientos y programas | | |
| 3.2 Politica del SGI - Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad social - Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | Dairy S/ Retiro T | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte e investigacion de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuacion ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estrategico de Seguridad vial políticas y normas | | |
| 3.11 Gestion documental | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras Anticipo | | |
| 4.2 Control de Costos | | |
| 4.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico | | |
| 4.4 Contabilidad | | |
| 4.5 Facturacion y Comercial | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto contractual y alcance organigrama funciones normas clientes etc | Dairy S/ Retiro T | |
| 5.2 Carga cantidad de obra | | |
| 5.3 Riesgos en Sitio uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre [illegible]
Cc [illegible]
Cargo [illegible]
Firma [illegible]

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|
| | FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | |

CONTRATO No. [illegible]
Nombre: [illegible] C.C. [illegible]
Fecha: [illegible]

1 En qué año se fundó INGEVIAS?

a. 1973 b.1988 c. 2008 d. 1979 ✓

2 La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S hace referencia a :

a Mejorando permanentemente cumplimiento de requisitos satisfacción de interesados ✓
b Incumplimiento de requisitos con buena calidad cuidando el medio ambiente
c Continuar con conexión de servicios públicos Insatisfaccion de los clientes.

3 Dentro de nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son

a Proveedores - accionistas
b Trabajadores – comunidad
c Cliente - Usuario
d. Todas las anteriores ✓

4 Cual es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas

a Gestion Ocupacional (G O). Velar por la seguridad del trabajador (v) (f) ✓
b Gestion Ambiental (G A). Contaminar el medio ambiente (v) (f) ✓
c Gestión Calidad (G C) Cliente satisfecho (v) (f) ✓

5 Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral

a) Gestión de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b) Gestion Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato ✓
c) Gestion Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6 Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados

a Saludar
b Respetar
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores ✓

7 Relacione según su definicion

a) Caja de compensacion familiar (c) Riesgos Laborales ✓
b) EPS (b) Salud
c) ARL (a) Salud, recreación y vivienda
d) AFP (d) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8 a. Cual es la actividad principal del proyecto (objeto) [illegible]

b. Cual es el cliente del proyecto? [illegible]

9. Que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y qué me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| | [illegible] |
| | [illegible] |
| | |
| | |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a El craneo | ( ) | Gafas y Careta |
| b Piernas y Pies | ( ) | Mascaras y respiradores |
| c Dedos manos | ( ) | Guantes |
| d Cuerpo | ( ) | Botas |
| e Cara y Ojos | ( ) | Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | ( ) | Arnés |
| g Oidos | ( ) | Casco |

11 Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente [illegible]

12. Relacione segun el tipo de residuo se debe disponer;

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | | |
|---|---|---|
| EVALUACION REALIZADA POR | Coordinador T | |
| CALIFICACION | 12/12 | |
| REQUIERE REFUERZO? | No | |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S.<br>**FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN** | **DOCUMENTO No.**<br>**PRH-FO-01**<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

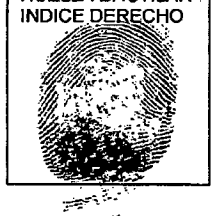
**NOMBRE:** Iván Dario Calle Gil **CEDULA:** 1.040.046.521
**OBRA O AREA:** Ampliación Via Puro Cuero – Pte. Chapineras
**FECHA:** _____ **HORA INICIO:** 7:00 am **HORA FINAL:** 9:30 am

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional<br>1.2 Visión y Misión<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S.<br>1.4 Principios y Valores | | Iván Dario Calle |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminación del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones<br>2.6 Código de Conducta INGEVIAS S.A.S. | | Iván Dario Calle |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**<br>3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuación ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas.<br>3.11 Gestión documental | | Iván Dario Calle |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén<br>4.2. Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico<br>4.4. Contabilidad<br>4.4 Financiero<br>4.5 Licitaciones (Comercial) | | Iván Dario Calle |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc.<br>5.2 Organigrama de obra<br>5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Iván Dario Calle
Cc: 1.040.046.521
Cargo: Ayudante de obra
Firma: Iván Calle

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|
| | FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | |

**CONTRATO No.** 4600010161
**Nombre** Iván Darío Calle Gil **C.C.** 1.040.046.521
**Fecha:** Oct. 25 de 2019

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

   a. 1975 b.1988 c. 2008 (X) 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

   (X) Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
   b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
   c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

   a. Proveedores - accionistas
   b. Trabajadores – comunidad
   c. Cliente - Usuario
   (X) Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

   a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (V) (f)
   b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (F)
   c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (V) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

   a) Gestión de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
   b) Gestión Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
   c) Gestión Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

   a. Saludar
   b Respetar
   c. Escuchár
   (X) Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

   a) Caja de compensación familiar (c) Riesgos Laborales
   b) EPS (b) Salud
   c) ARL (a) Salud, recreación y vivienda
   d) AFP (d) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliación del Tramo de la via, de Puro cuero asta el Puente Chapinero

b. Cuál es el cliente del proyecto? gobernación de Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Trancito de carros | Atropellamiento |
| Alud de tierra | Taponamiento |
| | |
| | |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a. El cráneo | (e) | Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) | Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) | Guantes |
| d. Cuerpo | (b) | Botas |
| e. Cara y Ojos | (g) | Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (d) | Arnés |
| g. Oídos | (a) | Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: No arrojar liquidos contaminantes a fuentes idricas, ade cuar correctamente las bolsas de cemento

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | e 1. Papel |
| b. Crema | f 2. Peligroso |
| c. Verde | a 3.restos de comida |
| d. Blanca | b 4. Vidrio |
| e. Gris | d 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | c 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | |
| CALIFICACIÓN | |
| REQUIERE REFUERZO? | |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Lidia Vargas CEDULA: 12427376
OBRA O AREA: Ampliación Vía Pan Cuyo / Chaparral
FECHA: 06-11-2019 HORA INICIO: 07:00 AM HORA FINAL: 05:00 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional<br>1.2 Visión y Misión<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S.<br>1.4 Principios y Valores | DaisyBotero | Lidia Vargas |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminación del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones<br>2.6 Código de Conducta INGEVIAS S.A.S. | DaisyBoteroT | Lidia Vargas |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**<br>3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuación ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas.<br>3.11 Gestión documental | DaisyBoteroT | Lidia Vargas |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén<br>4.2 Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico<br>4.4. Contabilidad<br>4.4 Financiero<br>4.5 Licitaciones (Comercial) | | Lidia Vargas |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc.<br>5.2 Organigrama de obra<br>5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | DaisyBoteroT | Lidia Vargas |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Lidia Vargas
Cc: 12427376
Cargo: Controladora Vial
Firma:

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

**CONTRATO No.** 46000 10161
**Nombre** Lidia Vargas **C.C.** 12427376
**Fecha:** 06-11-2019

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

   a. 1975 b.1988 c. 2008 (d.) 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

(a) Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
(d) Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (V) (f)
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

a) Gestión de Calidad → (✓) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b) Gestión Ocupacional (o) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c) Gestión Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c: Escuchar
(d) Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar (c) Riesgos Laborales
b) EPS (b) Salud
c) ARL (a) Salud, recreación y vivienda
d) AFP (d) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliacion de la via Puracuero / chapinero

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernacion de Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Transito | atropellamiento |
| Locativo | caida mismo nivel |
| | |
| | |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a. El cráneo | (e) | Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (f) | Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (c) | Guantes |
| d. Cuerpo | (b) | Botas |
| e. Cara y Ojos | (G) | Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (D) | Arnés |
| g. Oídos | (a) | Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: Reciclar, ahorrar agua, no talar arboles, no tirar basuras, no Realizar Quemas.

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 6. Plástico |
| b. Crema | 3.restos de comida |
| c. Verde | 5. Servilletas e icopor |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 2. Peligroso |
| f. Roja | 1. Papel |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Ruby Botero |
| CALIFICACIÓN | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | No |

**INGEVÍAS**

**INGEVIAS S.A.S.**
INGENIERIA Y VIAS S.A.S

# FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN

**DOCUMENTO No.**
**PRH-FO-01**
Versión 3
12/07/2018

**NOMBRE:** [illegible] **CEDULA:** 3406501
**OBRA O AREA:** [illegible]
**FECHA:** [illegible] **HORA INICIO:** 7 AM **HORA FINAL:** 11 AM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional | Dany Botero | Gloria Hn |
| 1.2 Vision y Mision | | |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S A S | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | Dany Botero | Gloria Hn |
| 2.2 Pago de prestaciones sociales y periodicidad de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminación del contrato | | |
| 2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S A S | | |
| **3. Sistema de Gestion Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que se integran SGC SGO SGA, reglamentos objetivos, procedimientos y programas | Dany Botero | Gloria Hn |
| 3.2 Politica de SGI – Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad Social – Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte de actos, accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuacion ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estrategico de Seguridad vial, politicas y normas | | |
| 3.11 Gestion documental | | |
| **4 Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacen | | |
| 4.2 Control de Calidad | | Gloria Hn |
| 4.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico | | |
| Contabilidad | | |
| 4.4 Financiera | | |
| 4.5 Licitaciones Comercial | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objetivo del proyecto, cliente y alcance organigrama funciones normas cliente etc | Dany Botero | Gloria Hn |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos SST y Entrega de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S la Induccion, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre [illegible]
Cc [illegible]
Cargo [illegible]
Firma [illegible]

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

180

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. [illegible]
Nombre: [illegible] C.C. 34063101
Fecha: [illegible]

1 En qué año se fundo INGEVIAS?

a 1989 b 1988 c 2008 (X) 1979

2 La politica del Sistema de Gestion Integral de INGEVIAS S.A.S, hace referencia a :

(X) Mejorar permanentemente cumplimiento de requisitos, satisfaccion de interesados
b Incumplimiento de requisitos con buena calidad cuidando el medio ambiente
c Continuar con conexión de servicios públicos Insatisfaccion de los clientes.

3 En nuestra Politica de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a Proveedores - accionistas
b Trabajadores - comunidad
c Cliente - Usuario
(X) Todas las anteriores

4. Cuales el compromiso de los sistemas de gestion de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas

a Gestion Ocupacional (G O) Velar por la seguridad del trabajador (X) (f)
b Gestion Ambiental (G A) Contaminar el medio ambiente (v) (X)
c Gestion Calidad (G C Cliente satisfecho (X) (f)

5 Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral

a) Gestion de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b) Gestion Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c) Gestion Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6 Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demas interesados:

a Saludar
b Respetar
c Escuchar
(X) Todas Las anteriores

7 Relacione segun su definicion

a) Caja de compensación familiar (C) Riesgos Laborales
b) EPS (b) Salud
c) ARL (a) Salud recreación y vivienda
d) AFP (d) Pensión y Cesantías

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8 a Cuales es la actividad principal del proyecto (objeto) Adicion de la Via

b Cuales es el cliente del proyecto? Gobernacion de Antioquia

9 A [illegible] estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| | Tos y enfermedades respiratorias |
| | |
| | |
| | |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a El craneo | (e) | Gafas y Careta |
| b Piernas y Pies | (f) | Mascaras y respiradores |
| c Dedos manos | (c) | Guantes |
| d Cuerpo | (g) | Botas |
| e Cara y Ojos | (h) | Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (d) | Arnés |
| g Oidos | (a) | Casco |

11 Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente [illegible]

12 Relacione segun el tipo de residuo se debe disponer

| | |
|---|---|
| a Azul | 1 Papel |
| b Crema | 2 Peligroso |
| c Verde | 3 restos de comida |
| d Blanco | 4 Vidrio |
| e Gris | 5 Servilletas e icopor |
| f Roja | 6 Plastico |

| | |
|---|---|
| EVALUACION REALIZADA POR | [illegible] |
| CALIFICACION | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO | No |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Julian Zapata J. CEDULA: 1037642433
OBRA O AREA: obra el Retiro
FECHA: 01-10-19 HORA INICIO: 7:00 am HORA FINAL: _____

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional<br>1.2 Visión y Misión<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S.<br>1.4 Principios y Valores | Darwin Botero T | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminación del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones<br>2.6 Código de Conducta INGEVIAS S.A.S. | Darwin Botero T | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestión que lo integran (SGC, SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**<br>3.2 Política del SGI – Política de Vida Saludable – Política de Responsabilidad social – Política Anticorrupción – Política de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificación de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuación ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas y normas.<br>3.11 Gestión documental | Darwin Botero T | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacén<br>4.2 Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos, Examen escrito y practico<br>4.4 Contabilidad<br>4.4 Financiero<br>4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama, funciones, normas, cliente, etc.<br>5.2 Organigrama de obra<br>5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | Darwin Botero T | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre: Oscar Zapata J.
Cc: 1037642,933.
Cargo: Ayudante
Firma: _____

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

**CONTRATO No.** 4600010161
**Nombre** Julian Zapata J **C.C.** 1037642433
**Fecha:** 31-10-19

1. En qué año se fundó INGEVIAS?:

   a. 1975 b.1988 c. 2008 (d) 1979 ✓

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a : ✓

(a) Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
(d) Todas las anteriores ✓

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f) ✓

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(A) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(C) Controlar los impactos ambientales ✓

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar
(d) Todas Las anteriores ✓

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(C) Riesgos Laborales
(b) Salud
(c) Salud, recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías ✓

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Construcio de la Vida Campiños

b. Cuál es el cliente del proyecto? gobernacio de antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| manejo de herramienta | machacon golpe ftida y muchas mas. |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a. El cráneo | (F) | Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (E) | Mascaras y respiradores |
| c. Dedos, manos | (C) | Guantes |
| d. Cuerpo | (G) | Botas |
| e. Cara y Ojos | (B) | Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (A) | Arnés |
| g. Oídos | (D) | Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: resicla no tira basuras no cortar arboles contaminacion

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 4. Vidrio |
| b. Crema | 6. Plástico |
| c. Verde | 3.restos de comida |
| d. Blanca | 1. Papel |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 2. Peligroso |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | [illegible] |
| CALIFICACIÓN | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | NO. |

**INGEVÍAS**

**INGEVIAS S.A.S.**
INGENIERIA Y VIAS S A S

# FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN

**DOCUMENTO No.**
**PRH-FO-01**
Versión 3
12/07/2018

**NOMBRE:** Yeison andres acevedo acampo **CEDULA:** 1047970892
**OBRA O AREA:** ampliacion via del Retiro
**FECHA:** 20/11/2019 **HORA INICIO:** 7:am **HORA FINAL:** 3 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y estructura organizacional<br>1.2 Vision y Mision<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S A S<br>1.4 Principios y Valores | Daniel Botero | Yeison andres |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminacion del contrato<br>2.5 Reclamos permisos prohibiciones y sanciones<br>2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S A S | Daniel Botero | Yeison andres |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que lo integran (SGC SGO SGA) reglamentos objetivos, procedimientos y programas<br>3.2 Politica del SGI Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad Social – Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificacion de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuacion ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estrategico de Seguridad vial políticas y normas<br>3.11 Gestion documental | Daniel Botero | Yeison andres |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Contratos y Anticipo<br>4.2 Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico<br>4.4 Contabilidad<br>4.4 Financiero<br>4.5 Licitaciones (Comercial) | | Yeison andres |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato alcance y actores organigrama funciones normas cliente etc<br>5.2 Organigrama de obra<br>5.3 Riesgos en SST Uso y porte de EPP y controles operacionales | Daniel Botero | Yeison andres |
| **6. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinduccion y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre Yeison andres acevedo
Cc: 1047970892
Cargo Ayudante
Firma Yeison andres

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

186

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600070167
Nombre: Jairo andres Acevedo C.C. 1047470892
Fecha: 20/11/2019

1. En que año se fundo INGEVIAS?

a 1970 b 1988 c 2008 (X) 1979 ✓

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

(X) Mejorar continuamente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b Incumplimiento de requisitos con buena calidad cuidando el medio ambiente
c Continuar con conexión de servicios publicos. Insatisfacción de los clientes.

3 En nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son

a. Proveedores - accionistas
b Trabajadores – comunidad
c Cliente - Usuario
(X) Todas las anteriores ✓

4. Cuales el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas

a Gestion Ocupacional (G O). Velar por la seguridad del trabajador (V) (f)
b Gestion Ambiental (G A) Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c Gestion Calidad (G C) Cliente satisfecho (V) (f) ✓

5 Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión integral

a) Gestion de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b) Gestion Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c) Gestion Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales ✓

6. Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c Escuchar
(X) Todas Las anteriores ✓

7. Relacione segun su definición:

a) Caja de compensacion familiar (C) Riesgos Laborales
b) EPS (b) Salud
c) ARL (a) Salud, recreación y vivienda
d) AFP (d) Pensión y Cesantias ✓

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a Cual es la actividad principal del proyecto (objeto) ampliacion y a el Retiro

b Cual es el cliente del proyecto? Gobernacion de antioquia

9 Que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Mecanico | Un corte o un machacon |
| | aporriarme con una pala |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a. El craneo | (e) | Gafas y Careta |
| b Piernas y Pies | (f) | Mascaras y respiradores |
| c Dedos manos | (c) | Guantes |
| d Cuerpo | (b) | Botas |
| e Cara y Ojos | (g) | Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (D) | Arnés |
| g Oidos | (a) | Casco |

11 Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente no botar agua
no botar basuras
no cortar arboles
no hacer incendios forestales
no botar aceites en el suelo

12 Relacione segun el tipo de residuo se debe disponer

| | |
|---|---|
| a Azul | 1 Papel |
| b Crema | 2 Peligroso |
| c Verde | 3 restos de comida |
| d Blanca | 4. Vidrio |
| e Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plastico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR: | Deny Botero T |
| CALIFICACION: | 12/12 |
| REQUIERE REFUERZO? | No |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 3<br>12/07/2018 |
|---|---|---|

NOMBRE: Zulay Botero Tangarife CEDULA: 1040180015
OBRA O AREA: Ampliacion Vial Peru Cuero Chaparrero
FECHA: 20 Noviembre 2019 HORA INICIO: 9 A.M. HORA FINAL: 11 AM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional<br>1.2 Vision y Mision<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S<br>1.4 Principios y Valores | DanyBoteroT | Zulay BoteroT |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Causales de terminacion del contrato<br>2.5 Reclamos permisos prohibiciones y sanciones<br>2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S.A.S | DanyBoteroT | ZulayBoteroT. |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que lo integran SGC SGO SGA) reglamentos objetivos, procedimientos y programas<br>3.2 Politica del SGI - Politica de Vida Saludable - Politica de Responsabilidad ... a – Politica Anticorrupcion - Politica de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3.6 Reporte y notificacion de accidentes e incidentes<br>3.7 Actuacion ante emergencias<br>3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3.10 Plan Estrategico de Seguridad vial politicas y normas<br>3.11 Gestion documental | DanyBoteroT | ZulayBoteroT |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacen<br>4.2 Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico<br>Contabilidad<br>4.4 Financiero<br>4.5 Licitaciones (Comercial | | ZulayBoteroT |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato cliente y alcance organigrama funciones normas cliente etc<br>5.2 Organigrama de obra<br>5.3 Riesgos en SST uso y porte de EPP y controles operacionales | DanyBoteroT | ZulayBoteroT. |
| **6. OTROS TEMAS** | | |

Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la induccion, Reinduccion y/o entrenamiento para el cual fui contratado.

Nombre Zulay Botero T
Cc: 1040180015
Cargo Controladora Vial
Firma Zulay Botero T.

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No.
Nombre: Yulay Ramos Tangarife C.C. 1040180015
Fecha: 25 Noviembre 2019

1. En qué año se fundo INGEVIAS?.

a. 1975 b 1988 c. 2008 (x) 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S. hace referencia a :

(x) Mejorar permanentemente cumplimiento de requisitos satisfacción de interesados
b Incumplimiento de requisitos con buena calidad cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexion de servicios públicos Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a Proveedores - accionistas
b Trabajadores – comunidad
c. Cliente – Usuario
(x) Todas las anteriores

4. Cual es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas.

a Gestion Ocupacional (G O): Velar por la seguridad del trabajador (x) (f)
b Gestion Ambiental (G A) Contaminar el medio ambiente (v) (x)
c Gestión Calidad (G C) Cliente satisfecho (x) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral

a) Gestion de Calidad
b) Gestion Ocupacional
c) Gestion Ambiental
(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(d) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(C) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a Saludar
b Respetar
c Escuchar
(x) Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP
(C) Riesgos Laborales
(b) Salud
(a) Salud. recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantias

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

8. a Cual es la actividad principal del proyecto (objeto) ampliación vial Puente Cuero Chopinero

b Cual es el cliente del proyecto? _____

9 A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Atropello | lesiones, fracturas. |
| Fisicos | Quemaduras en la piel por la radiación |
| | |
| | |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a El craneo | (e) | Gafas y Careta |
| c Piernas y Pies | (f) | Mascaras y respiradores |
| Dedos manos | (c) | Guantes |
| d Cuerpo | (b) | Botas |
| e Cara y Ojos | (g) | Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (d) | Arnés |
| g Oidos | (a) | Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: No talar árboles
No tirar basuras al piso ni a las Quebradas
No Regar Quimicos y toxicos en las quebradas
Separacion de Organicos, Reciclables e Inservibles
Si se tala un arbol, se siembra otro en Reposicion del Talado.

12 Relacione segun el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c Verde | 3.restos de comida |
| d Blanca | 4. Vidrio |
| e Gris | 5 Servilletas e icopor |
| f Roja | 6 Plastico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Daniel Cotes 12/10 |
| CALIFICACIÓN | |
| REQUIERE REFUERZO? | No |

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 8

# ACTA DE INDUCCIÓN DEL PERSONAL SUB_CONTRATISTA (GADICA S.A.S.)

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

INGEVIAS

INGEVIAS S A S

FORMATO PARA ACTA DE INDUCCION

DOCUMENTO No.
PRH-FO-01
Version 4

NOMBRE
OBRA O AREA
FECHA
HORA FINAL

| TEMAS | AREA CAPACITACION | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| 1.1 Derecho Colectivo y [illegible] | | |
| 1.2 Pausas y Masaje | | |
| 1.3 Estilo de vida saludable | | |
| 1.4 Promoción y [illegible] | | |
| 2.1 [illegible] | | |
| 2.2 [illegible] | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento | | |
| 2.4 Seguridad de la [illegible] | | |
| 2.5 Horarios, permisos, [illegible] | | |
| 2.6 Código de Conducta | | |
| 3 [illegible] | | |
| reglamentos objetivos | | |
| [illegible] | | |
| [illegible] | | |
| [illegible]

| VINCEVIAS | INGEVIAS S.A. [illegible] FORMATO PARA EVALUACION DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No. PRI-FO-12 Versión 1 |
|---|---|---|

**CONTRATO No.** 96 [illegible]
**Nombre** [illegible]
**Fecha:** 23 de [illegible]

1 En qué año se fundo INGEVIAS

a 1975 b 1980 [illegible]

2 La politica del Sistema [illegible]

a Mejorando permanentemente [illegible]
b Incumplimiento de [illegible]
c Continuar con [illegible]

3 Cuando nuestra [illegible] son

a Proveedores - accionistas [illegible]
b Trabajadores – comunidad [illegible]

4 Cual es el compromiso de [illegible] en cada una de las respuestas

a Gestion Ocupacional (G.O.) [illegible] (V) (F)
b Gestión Ambiental (G.A.) [illegible] (V) (F)
c Gestion Calidad (G.C.) [illegible] (V) (F)

5 Relacione las [illegible] Integral

a) Gestión de Calidad [illegible]
b) Gestión Ocupacional [illegible]
c) Gestión Ambiental [illegible]

6 Cuáles son los aspectos [illegible] compañeros y demas [illegible]

a Saludar [illegible]
b Respetar [illegible]

7 Relacione segun su [illegible]

a) Caja de compensacion familiar [illegible]
b) EPS [illegible]
c) ARL [illegible]
d) AFP [illegible]

INGEVIAS

**INGEVIAS S.A.S.**
INGENIERIA Y VIAS S.A.S.

**FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES**

| DOCUMENTO No. |
|---|
| PRH-FO-12 |
| Versión 1 |

a) Cuál es el nombre del proyecto donde labora? Ampliación vial el Retiro

b) Cuál es el cliente del proyecto? Municipio de Antioquia

c) A qué peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Físicos | Lesiones |
| Mecánicos | Electrocución |
| Locativos | Golpes |
| Químicos | Intoxicación |

d) Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a. Extremidades | (1) Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (2) Mascaras y respiradores |
| c. Dedos manos | (3) Guantes |
| d. Cuerpo | (4) Botas |
| e. Cara y Ojos | (5) Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (6) Arnés |
| g. Oidos | (7) Casco |

e) Diga como mínimo 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente Ahorrar

No botar Quemar

Separar basuras verdes

No botar aceites

No botar tanto gasolina

f) Relacione según el tipo de residuo se debe disponer

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACION REALIZADA POR | Ramiro Valencia |
| CALIFICACION | 10 |
| REQUIERE REFUERZO | No |

INGEVIAS

INDUCCIÓN

DOCUMENTO No.
PRH-FO-01
Versión 3

NOMBRE: Luis Felipe Diaz Bohórquez CEDULA 1056939885
OBRA O AREA: Ampliacion Unilit Tibu Tibu - Tibu HORA FINAL: 10 AM
FECHA: 02/09/2019 HORA INICIO: 7:30 AM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| 1 Bienvenida a nuestra Empresa | DailyBotero | Luis Felipe Diaz |
| 2 Recursos Humanos | DailyBotero | Luis Felipe Diaz |
| Sistema de Gestión Integral | DailyBotero | Luis Felipe Diaz |
| 4 Procesos Administrativos | | Luis Felipe Diaz |
| 5. Proyecto | DailyBotero | Luis Felipe Diaz<br>Luis Felipe Diaz<br>Luis Felipe Diaz |
| 6. OTROS TEMAS | | |

Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la Induccion, Reinduccion y/o entrenamiento para el cual fui contratado.

Nombre Luis Felipe Diaz Bohórquez
CC 1056939885
Cargo Ayudante de Sitio
Firma Luis Felipe Diaz B

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

INGEVIAS

| | DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1 |
|---|---|
| CIONES | |

CONTRATO No. 46000016[illegible]
Nombre: Luis Felipe Dal Gallo Rodriguez C.C. 1056939951
Fecha: 12/06/2019

1. Ingevias fundada en 1[illegible]

a) 1965 b) 1968 c) [illegible] d) 1979

2. La norma de Sistema de Gestión [illegible] ISO 9001:2015 hace referencia a

a) Nivel gerencial permanente [illegible] satisfacción de interesados
b) Fortalecimiento de [illegible] cuidado del medio ambiente
c) Comunicación constante [illegible] satisfacción de los clientes

3. El modelo Gestión Documental [illegible] hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son

a. Proveedores y contratistas
b. Trabajadores y colaboradores
c. Cliente - Usuario
d. Todas las anteriores

4. Cuáles el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S A S Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas

a. Gestion Ocupacional G O: Velar por la seguridad del trabajador (V) (f)
b. Gestion Ambiental G A: Contaminar el medio ambiente (V) (F)
c. Gestion Calidad G C: Cliente satisfecho (V) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral

a. Gestion de Calidad
b. Gestion Ocupacional
c. Gestión Ambiental
6. Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
7. Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
8. Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios comunidad compañeros y demás interesados

a. Saludar
b. Respetar
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores

7. Relacione segun su definicion

a. Caja de compensacion familiar
b. EPS
c. ARL
d. AFP

6. Riesgos Laborales
5. Salud
3. Salud recreacion y vivienda
4. Pension y Cesantias

DOCUMENTO No. PRH O-12 Versión 1

8 a Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto): Ampliacion rectificacion pavimentacion y construccion de vial complementaria en la Via Peru Cuerpo Puente chapinero

c Cuál es el cliente del proyecto? Gobernacion de Antioquia

9 A qué peligros está expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Zona sin iluminacion. | Caida / Accidente / |
| No uso de EPP | Accidente laboral / |
| No respetar señalizacion | Accidente - Muerte |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal y encierre en un círculo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a Encraneo | (a) Gafas y Careta |
| c Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c Dedos manos | (c) Guantes |
| d Cuerpo | (b) Botas |
| e Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (d) Ames |
| g Oidos | (a) Casco |

11 Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente Disposicion adecuada de residuos
Cuidar la fuente natural
Evitar derrame de Aceite y combustible

12 Relacione según el tipo de residuo se debe disponer

| | |
|---|---|
| a Azul | 1 Papel |
| b Gris | 2 Peligroso |
| c Verde | 3 restos de comida |
| d Blanca | 4 Vidrio |
| e Gris | 5 Servilletas e icopor |
| f Roja | 6 Plastico |

EVALUACION REALIZADA POR: Dary Bolivar
CALIFICACION: 11/12
REQUIERE REFUERZO? No

X

VIAS

DOCUMENTO No.

NOMBRE: Miguel
OBRA O AREA:
FECHA: 12 11 2016

DOCUMENTO No
PRH-FO-12
Versión 1

VIAS

ONES

Grupos de interés estos

verdadero o falso

Sistema de Gestion

DOCUMENTO No.
PERF-O-12
Version 1

RIESGO (Efecto)

ELEMENTO

e Gafas y Careta
f Mascaras, respiradores
e Guantes
b Botas
g Tapones y orejeras
d Arnes
a Casco

Papa
Pepino
Vidrio
Botella
Basura

DonsyBotNT
12/12
NO

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° 4600010174

Para el desarrollo de este proyecto la interventoría cuenta con un grupo de profesionales en las diferentes áreas los cuales se relacionan:

| | |
|---|---|
| GERARDO DÍAZ MANJARRÉS | Representante Legal |
| HUMBERTO BOLÍVAR | Director de Interventoría |
| BIRON NIETO | Auxiliar de Interventoría |
| JORGE LÓPEZ | Auxiliar de Interventoría |
| LINA MARCELA GIRALDO OSOSRIO | Residente Social |
| JORGE IVAN GUEVARA RAMÍREZ | Tecnólogo SST |
| VICTORIA CAROLINA DÍAZ QUIROZ | Residente Ambiental |
| DIANA LÓPEZ CARDONA | Auxiliar Administrativa |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ELABORÓ** | **Tecnólogo SST de Interventoría** | **FIRMA** Jorge Iván Guevara Ramírez | **FECHA** Noviembre de 2019 |
| **REVISÓ** | **Gerardo Díaz Manjarrés** | **FIRMA** Ing. Gerardo Díaz Manjarrés | **FECHA** Noviembre de 2019 |
| **APROBÓ** | **Supervisor de SIF-Gobernación De Antioquia** | **FIRMA** Alcides Díaz | **FECHA** Noviembre de 2019 |

201

INGEVIAS

DOCUMENTO No.
PRH-FO-01
Versión 3
12/07/2016

...CCIÓN

NOMBRE: YHAN CARLOS RUIZ LM
CARGO: AUXILIAR DE TRANSITO
FECHA: 12/11/19

CEDULA: 1.037.671.272

HORA INICIO: 7 AM HORA FINAL: 12 PM

| | ENTREGADO POR (Nombre y Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| 1. | | YHAN |
| 2. | | YHAN |
| 3. | | YHAN |
| 4. | | YHAN |
| 5. | | YMN |

...TERIOR

...recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. ... conforme con lo entregado por el trabajador para el cual fue contratado

YHAN CARLOS RUIZ LM
1.037.671.272
DISPONIBLE
YHAN

DOCUMENTO No.
PRH-FO-12
Versión 1

...ONES

1.024.471.272

...Nace referencia a

...con relación de interesados
...ambiente
...clientes

...Grupos de interes estos

...Cliente Usuario
...Todas las anteriores

...INGEVIAS S A S Indique verdadero o falso

...(V) (F)
...(V) (F)
...(V) (F)

...responsables respecto a lo que debe tener en cuanto al Sistema de Gestion

...Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
...Cuidar de el trabajo para cumplir con el contrato
...Cumplimiento de aspectos ambientales

...nuestros clientes usuarios comunidad

...Todas las anteriores

...Riesgos Laborales
...Salud
...Salud recreacion y vivienda
...Pensiones Cesantias

INGEVIAS

INDUCCIÓN

DOCUMENTO No.
PRH-FO-01
Versión 3
12/07/2019

NOMBRE Bernardo Antonio Montoya R. CEDULA. 3158733
OBRA O AREA. ampliacion via el retiro
FECHA: 2-11-2019 HORA INICIO. 8:30 HORA FINAL: 10.

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| 1 Bienvenida a nuestra Empresa | | |
| 1.1 Reseña histórica y política integral (SGI)<br>1.2 Visión y Misión<br>1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS<br>1.4 Principios y valores | DaisyBotero T | Bernardo Montoya |
| 2 Reglamentos laborales | | |
| 2.1 Cargos a desempeñar y lugares de trabajo<br>2.2 Prestaciones sociales y auxilios de ley<br>2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2.4 Horarios de trabajo y descanso<br>2.5 Permisos, permisos remunerados y licencias<br>2.6 Código de Conducta INGEVIAS S.A.S. | DaisyBotero T | Bernardo Montoya |
| 3 Sistema de Gestión Integral | | |
| 3.1 El Sistema de Gestión que incluye políticas, reglamentos, objetivos procedimientos y responsabilidades<br>3.2 Política del SGI – Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, responsabilidad social empresarial, Política de Protección de Datos Personales<br>3.3 Responsabilidad y autoridades en el SGI<br>3.4 Principio de la calidad<br>3.5 Principales peligros y riesgos asociados a la actividad<br>3.6 Requisitos y normatividad aplicable<br>3.7 Actividades de entrenamiento<br>3.8 Aspectos ambientales significativos y medidas de control<br>3.9 Aspectos básicos comunes de protección contra incendios<br>3.10 Plan Estratégico de Seguridad Vial<br>3.11 Control de documentos | DaisyBotero T | Bernardo Montoya |
| 4 Procesos Administrativos | | |
| 4.1 Cuentas de Almacén<br>4.2 Centro de Costos<br>4.3 Mantenimiento y equipos. Examen médico – practica<br>4.4 Comunicados<br>4.5 Presupuesto<br>4.6 Facturación (Cuentas de) | | |
| 5. Proyecto | | Bernardo Montoya |
| 5.1 Objeto del contrato, alcance, ubicación, organigrama, funciones, nombre y cargo del jefe inmediato<br>5.2 Descripción de obra<br>5.3 Riesgos en SST, uso y porte de EPP y controles operacionales | DaisyBotero T | Bernardo Montoya |
| 6. OTROS TEMAS | | |

Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.

Nombre Bernardo Montoya R.
Cc 3158733
Cargo Ayudante.
Firma Bernardo Mont.

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

INGEVIAS

DOCUMENTO No.
FOR TO-12
Version 1

CONTRATO No. 4600010161
Nombre Bernardo Montoya C.C. 4687331
Fecha. 2-11-19

1. En qué año se formó INGEVIAS?

a. 1975 b. 1977 c. 1978 d. 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integrado INGEVIAS S.A.S hace referencia a:

a. Mejorando permanentemente el cumplimiento de requisitos satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos sin importar daños causando al medio ambiente
c. Continuar con errores sin importar satisfacción de los clientes

3. Dentro de nuestra Partes de Gestión hacen referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores y subcontratistas
b. Trabajadores y contratistas
c. Clientes Usuarios
d. Todas las anteriores

4. Cuáles es el compromiso de los objetivos de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional: G.O. Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
b. Gestión Ambiental: G.A. Contaminar el medio ambiental (v) (f)
c. Gestión Calidad: G.C. Cliente satisfecho (v) (f)

5. Cuáles son las responsabilidades que debe tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral?

a. Gestión de Calidad
b. Gestión Ocupacional
c. Gestión Ambiental
d. Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
e. Realizar todo el trabajo para cumplir con el contrato
f. Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los peligros importantes para el trato a nuestros clientes usuarios comunidad contratistas y demás interesados:

a. Seguridad
b. Salud
c. Ambiental
d. Todas las anteriores

7. Cuáles son los tipos de clasificación

a. Clasificación de riesgos
b. Riesgos Laborales
c. ARL
d. Salud
e. Salud recreación y vivienda
f. EPS
g. Pensiones y Cesantías

INGEVIAS

DE DIRECCIONES

DOCUMENTO No
PRILE O-12
Version 1

Manpliacion
de la via chapitrero pero cuero

b Cual es el cliente [illegible] Gobernacion de Antioquia

9 A que peligros estas [illegible] puede estar expuesto?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Atropellamiento | descuido en la via por carro |
| chuzones de ganado | descuido por chuzones |

10 Relacione las siguientes partes [illegible] de protección personal y encierre en un circulo los que usted [illegible] de su trabajo

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a [illegible] | (f) Gafas y Careta |
| b [illegible] | (g) Mascaras y respiradores |
| c [illegible] | (c) Guantes |
| d [illegible] | (b) Botas |
| e [illegible] | (e) Tapones y orejeras |
| f [illegible] | (d) Arnes |
| g [illegible] | (A) Casco |

11 Diga cinco [illegible] que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente Sembrar arboles.
No arrojar basuras, a la quebrada

12 Relacione cómo [illegible] se debe disponer

a [illegible] → Papel
b [illegible] → Peligroso
c [illegible] → Caja de cartón
d [illegible] → Vidrio
e [illegible] → Desperdicios de comida
f Ro[illegible] → Reciclaje

Completar
Total
NU

**INGEVÍAS**

**INGEVIAS S.A.S.**

DOCUMENTO PROFESIONAL

## FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN

NOMBRE: Shon Fredi Rodas CEDULA: 7755483
OBRA O AREA: Oficina Corrective
FECHA: 05/Noviembre HORA INICIO: 7 AM HORA FINAL: 5 PM

| TEMAS | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) |
|---|---|
| 1 [illegible] Empresa | Dany Botero T · Shon Fredi Rodas |
| Talento Humano | Dany Botero T · Shon Fredi Rodas |
| Sistema de Gestión Integral | Dany Botero T · Shon Fredi Rodas |
| 4 Gestión Documental | Shon Fredi Rodas |
| 5 Procesos Administrativos | Shon Fredi Rodas |
| 6. Proyecto | aplicación vial El Zulia |
| 7 OTROS TEMAS | Dany Botero T · Shon Fredi Rodas |

Declaro haber recibido por parte del INGEVIAS S.A.S la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cargo de [illegible] contratado (a).

Nombre Shon Fredi Rodas
Cc 7755483
Cargo Ayudante
Firma Shon Fredi Rodas

HUELLA DACTILAR INDICE DERECHO

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA EVALUACION DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600070701
Nombre Shan Freds Rodas C.C. 1755 6483
Fecha: 25 Nov. Mie 2019

1 En que año se funda INGEVIAS?

a 1975 b 1989 c 2008 d 1979

2 La politica del Sistema de Gestion Integral de INGEVIAS S A S hace referencia a

a Mejorando permanentemente con el cumplimiento de requisitos satisfaccion de interesados
b Incumplimiento de requisitos con nuestra salud cuidando el medio ambiente
c Continuar con contaminación de ambientes y generar insatisfaccion de los clientes

3 Cuando nuestra Politica de Calidad hace referencia a los interesados O Grupos de interes estos son

a Proveedores - accionistas
b Trabajadores – comunidad
c Cliente - Usuario
d Todas las anteriores

4 Cual es el compromiso de los sistemas de gestion de INGEVIAS S A S Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas

a Gestion Ocupacional (G O) Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
b Gestion Ambiental (G A) Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c Gestion Calidad (G C) Cliente satisfecho (v) (f)

5 Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral

a) Gestion de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestion Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6 Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes usuarios comunidad, compañeros y demas interesados

a Saludar
b Respetar
c Escuchar
d Todas Las anteriores

7 Relacione segun su definición

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(c) Riesgos Laborales
(b) Salud
(a) Salud recreación y vivienda
(d) Pensión y Cesantías

INGEVIAS

**INGEVIAS S.A.S.**
INGENIERIA Y VIAS S.A.S.

**FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES**

| DOCUMENTO No. |
|---|
| PRH-FO-12 |
| Versión 1 |

6 a Cual es la actividad principal del proyecto (objeto) aplicacion vial en el Barrio Cristales Bajo Sierra

b Cual es el cliente del proyecto? Gobernacion de Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Físico | Posibilidad de caida |
| Locativo | caida |
| Electrico | quemadura |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de proteccion personal y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a El craneo | (e) Gafas y Careta |
| b Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c Dedos manos | (c) Guantes |
| d Cuerpo | (b) Botas |
| e Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (h) Arnés |
| g Oidos | (d) Casco |

11 Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente Manejos de residuos - No botar aguas lodosas - Cuidar los animales

12 Relacione segun el tipo de residuo se debe disponer

| | |
|---|---|
| a Azul | 1 Papel |
| b Crema | 2 Peligroso |
| c Verde | 3 restos de comida |
| d Blanca | 4 Vidrio |
| e Gris | 5 Servilletas e icopor |
| f Roja | 6 Plastico |

EVALUACION REALIZADA POR: Amy Patricia

CALIFICACION: 12/12

REQUIERE REFUERZO: NO

**INGEVIAS**

**INDUCCIÓN**

**DOCUMENTO No.**
**PRH-FO-01**
Versión 3
12/07/2018

NOMBRE: James chaverra ortiz CEDULA: 1.045499243
OBRA O AREA: ampliación del retiro
FECHA: 12 11 19 HORA INICIO: 7:30 AM. HORA FINAL: 12 M

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| 1. Bienvenida e Inducción a la Empresa | Daisy Buitrón | James |
| 2. Recursos Humanos | Daisy Buitrón | James |
| 3. Sistema de Gestión Integral | Daisy Buitrón | James |
| 4. Procesos Administrativos | | James |
| 5. Proyecto | Daisy Buitrón | James |
| 6. OTROS TEMAS | | |

1.1 Reseña histórica y [illegible]
1.2 Misión y Visión
1.3 [illegible]
1.4 Principios y Valores

2.1 Cargos y desempeño
2.2 Prestaciones sociales y beneficios
2.3 Contrato y Periodo de prueba
2.4 Causales de terminación
2.5 Incapacidades, permisos y licencias
2.6 Código de Conducta

3.1 Sistema de Gestión y Política SGI, SGA, reglamentos, objetivos, planes, documentos y programas
3.2 Política de Responsabilidad Social, Política de Prevención de Consumo de Alcohol y Drogas, Política de Derechos Humanos
3.3 Responsabilidades en el SGI y grupos de apoyo
3.4 Principios básicos
3.5 Control de registros y [illegible] controles
3.6 Requisitos de la documentación
3.7 Auditorías internas
3.8 Responsabilidades frente al cuidado del medio ambiente
3.9 Relaciones con la comunidad y vecindad de la Empresa
3.10 Plan Estratégico de Seguridad Vial: políticas y normas
3.11 Gestión del cambio

4.1 [illegible]
4.2 Sistema de Costos
4.3 [illegible] por: Examen escrito y practico
4.4 Capacitación
4.5 Evaluación
4.6 Indicadores de Gestión

5.1 Objeto del contrato, alcance, organigrama, funciones, normas, [illegible]
5.2 Organigrama de obra
5.3 Reglamento SST, uso y porte de EPP y controles operacionales

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la Inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre James chaverra ortiz
Cc 1.045499243
Cargo aux
Firma James

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

INGEVIAS

| | DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1 |
|---|---|
| ...CIONES | |

CONTRATO No. 4600010161
Nombre Dennis Chaverra C.C 1.045499243
Fecha: 12/1/2019

1 En que año se creo INGEVIAS?

a 1975 b 1956 c 2009 x 1979

2 La política del Sistema de Gestión Integrado de INGEVIAS S A S hace referencia a

x Mejorando permanentemente el cumplimiento de requisitos satisfacción de interesados
b Incumplimiento de requisitos por cuenta propia cuidando el medio ambiente
c Continuar con conexión de servicios publicos insatisfacción de los clientes

3 Cuando hablamos a Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interes estos son

a Proveedores - Accionistas
b Trabajadores - Comunidad
c Clientes - Usuarios
x Todas las anteriores

4 Según el cumplimiento de los objetivos de gestión de INGEVIAS S A S Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas

a Gestion Ocupacional (G O) Velar por la seguridad del trabajador (x) (f)
b Gestion Ambiental (G A) Contaminar el medio ambiente (v) (x)
c Gestion Calidad (G C) Cliente insatisfecho (x) (f)

5 Relacione las siguientes responsabilidades que debe tener en cuanto al Sistema de Gestion Integral

a Gestion de Calidad
b Gestion Ocupacional
c Gestion Ambiental
(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(c) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(a) Controlar los impactos ambientales

6 Teniendo en cuenta los aspectos importantes para brindar a nuestros clientes usuarios comunidad trabajadores y demas interesados

a Servicios
b Negociar
c Escuchar
x Todas las anteriores

7 Relacione según su clasificación

a Caja de compensación familiar
b ARS
c AFP
d ARL
(b) Riesgos Laborales x
(b) Salud
(d) Salud recreación y Vivienda
(d) Pensión y Cesantías

DOCUMENTO No.
PR[illegible]-12
Version 1

a [illegible] conflicción obrero electrico

b Cual es el cliente del proyecto? Corporación de Antioquia

9 A que peligros está expuesto en [illegible] puede ocasionar?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| Quimico | enfermedad respiratoria |
| mecanico | fractura |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal y encierre en un circulo los que usted debe usar durante su trabajo

| PROTESE | ELEMENTO |
|---|---|
| [illegible] | (e) Gafas, Careta |
| [illegible] | (f) Mascarillas y respiradores |
| [illegible] | (d) Guantes |
| [illegible] | (b) Botas |
| [illegible] | (g) Tapones y orejeras |
| Sistema Respiratorio | (c) Arnes |
| [illegible] | (a) Casco |

11 Diga por lo menos 3 recomendaciones que usted tiene en cuenta para el cuidado del medio ambiente, Hacer aseo
reciclar
energia
no botar basura

12 [illegible] residuo se debe limpiar

| | |
|---|---|
| a [illegible] | 1 Papel |
| c [illegible] | 2 Peligroso |
| [illegible] | 3 Restos no organicos |
| [illegible] | 4 Vidrio |
| [illegible] | 5 Servilletas y [illegible] |
| [illegible] Hoja | 6 Plastico |

[illegible] Yamy Estrada
[illegible] 11/12
[illegible] NO

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 4<br>07/06/2019 |
|---|---|---|

NOMBRE: Jose Luis Cardenas C. CEDULA: 4.380458
OBRA O AREA: ampliacion via el retiro
FECHA: 25-11-2019 HORA INICIO: 10:00 AM HORA FINAL: 5 P.M.

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1 Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña histórica y cultura organizacional | DaisyBoteroT | Jose Luis Cardenas. |
| 1.2 Visión y Misión | | |
| 1.3 Estructura organizacional INGEVIAS S.A.S. | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2 Talento Humano** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | DaisyBoteroT | Jose Luis Cardenas. |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodo de pago | | |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminación del contrato | | |
| 2.5 Reclamos, permisos, prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Codigo de Conducta | | |
| **3 Sistema de Gestion Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que le integran (SGC, SGA, SST), reglamentos, objetivos procedimientos y programas | DaisyBoteroT | Jose Luis Cardenas. |
| 3.2 Politica del SGI - Politica de Gestion Seguridad y Salud en el Trabajo - Politica de Responsabilidad social - Politica ambiental y Politica de Derechos Humanos | | |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad en el SGI y canales de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos existentes y controles | | |
| 3.6 Reporte y notificacion de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuacion ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Plan Estratégico de Seguridad vial: políticas, normas | | |
| 3.10 Tecnologia de la informacion | | |
| **4. Gestion Documental** | | |
| 4.1 Manejo documental de la organizacion | | |
| 4.2 Manejo de sistemas de apoyo en software documental | | |
| **5. Procesos Administrativos** | | |
| 5.1 Compras y Almacén | | Jose Luis Cardenas. |
| 5.2 Control de Costos | | |
| 5.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico | | |
| 4.4 Contabilidad | | |
| 5.4 Financiero | | |
| 5.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **6. Proyecto** | | |
| 5.1 Informacion del contrato objetivos alcance, indicadores cliente organigrama funciones y responsabilidades | DaisyBoteroT | Jose Luis Cardenas. |
| 5.2 Gestion HSEQ en obra | | |
| 5.3 Informacion técnica | | |
| **7. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte del INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cargo del cual fui contratado (a).**

Nombre Jose Luis Cardenas C.
Cc 4390458
Cargo. oficial
Firma:

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

INGEVIAS S A S.

**FORMATO PARA EVALUACION DE INDUCCIONES**

| DOCUMENTO No |
|---|
| PRH FO-12 |
| Versión 1 |

**CONTRATO No** 4600010161
**Nombre** [illegible] **CC** 43804588
**Fecha:** 25 11 2019

1 En que año se [illegible]

a 1975 [illegible] X d 1979

2 La política del Sistema [illegible] para la ferretería

X a Mejorando permanentemente [illegible] satisfacción de interesados
b Incumpliendo [illegible] el medio ambiente
c Continuar con [illegible] satisfacción de los clientes

3 Cuando nuestra política [illegible] a los interesados O Grupos de interes estos son

a Proveedores [illegible]
b Trabajadores [illegible]
X c Cliente - Usuario
X d Todas las anteriores

4 Cuales el compromiso [illegible] de gestion de INGEVIAS S.A.S Indique verdadero o falso en cada una de las opciones

a Gestion Ocupacional (S.O. [illegible] la seguridad del trabajador (X) (f)
b Gestion Ambiental (G.A. [illegible] el medio ambiente (v) (f) X
c Gestion Calidad (G.C. [illegible] (X) (v) (f)

5 Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestion Integral

a Gestion de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b Gestion Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c Gestion Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6 Cuales son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes usuarios comunidad con palabras y hechos [illegible]

a Saludar X
b Respetar X
X c Escuchar
d Todas Las anteriores

7 Relacione segun [illegible]

a Caja de compensacion familiar (c) Riesgos Laborales
b EPS (b) Salud
c ARL (a) Salud recreacion y vivienda
d AFP (d) Pension y Cesantias

INGEVIAS

**INGEVIAS S.A.S.**

**FORMATO PARA EVALUACION DE INDUCCIONES**

DOCUMENTO No
PRHTO 12
Versión 1

8 a Cuál es el nombre del proyecto? Ampliacion Vial El Retiro

b Cuál es el cliente del proyecto? Gobernacion Antioquia

9 A que peligros está expuesto en el lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| mecanico | corte y caida |
| Fisico | quemadura - por calor Solar |
| biologico | mordedura picadura - reptiles - insectos |
| electrico | Descarga de electricidad |

10 Relacione las siguientes columnas según corresponda con los elementos de protección personal y encierre en un círculo los que debe usar para el desempeño de su trabajo

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c Dedos y manos | (c) Guantes |
| d Cuerpo | (b) Botas |
| e Cara y Ojos | (G) Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (d) Arnés |
| g Oidos | (a) Casco |

11 Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente Reciclar no talar arboles - no botar escombros en el agua no hacer quemas - acopiar los materiales

12 Relacione según el tipo de residuo se debe disponer

| | |
|---|---|
| a Azul | 1 Papel |
| b Crema | 2 Peligroso |
| c Verde | 3 restos de comida |
| d Blanca | 4 Vidrio |
| e Gris | 5 Servilletas e icopor |
| f Roja | 6 Plástico |

EVALUACION REALIZADA POR Ruth Tent

CALIFICACION 12/12

REQUIERE REFUERZO? NO

INGEVIAS S.A.S.

**INGEVÍAS**

# FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN

**DOCUMENTO No.**
**PRH-FO-01**
Versión 3
12/07/2018

**NOMBRE:** Jorge Andres Pulgarin Garcia **CEDULA:** 1040 181 793.
**OBRA O AREA:** Ampliacion via chapinero
**FECHA:** 13 de Noviembre **HORA INICIO:** 8:40 AM **HORA FINAL:** 11:00 AM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1 Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1.1 Reseña historica y cultura organizacional | | |
| 1.2 Vision y Mision | Daniel Botero T | Jorge Andres Pulgarin. 1040 181 793. |
| 1.3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A.S | | |
| 1.4 Principios y Valores | | |
| **2. Recursos Humanos** | | |
| 2.1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo | | |
| 2.2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago | Daniel Botero T | Jorge Andres Pulgarin 1040 181 793. |
| 2.3 Contrato y Reglamento interno de trabajo | | |
| 2.4 Causales de terminacion del contrato | | |
| 2.5 Reclamos permisos prohibiciones y sanciones | | |
| 2.6 Codigo de Conducta INGEVIAS S.A.S | | |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3.1 Sistemas de Gestion que lo integran (SGC SGO SGA) **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas** | | |
| 3.2 Politica de SG – Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad social – Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos | Daniel Botero T | Jorge Andres Pulgarin Garcia. 1040 181 793 |
| 3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo | | |
| 3.4 Principio de la calidad | | |
| 3.5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles | | |
| 3.6 Reporte y notificacion de accidentes e incidentes | | |
| 3.7 Actuacion ante emergencias | | |
| 3.8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente | | |
| 3.9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa | | |
| 3.10 Plan Estrategico de Seguridad Vial politicas y normas | | |
| 3.11 Gestion documental | | |
| **4. Procesos Administrativos** | | |
| 4.1 Compras y Almacen | | |
| 4.2 Control de Costos | | Jorge Andres Pulgarin 1040 181 793 |
| 4.3 Maquinaria y equipos Examen escrito y practico | N/A | |
| 4.4 Contabilidad | | |
| 4.4 Financiero | | |
| 4.5 Licitaciones (Comercial) | | |
| **5. Proyecto** | | |
| 5.1 Objeto del contrato cliente y alcance organigrama, funciones, normas cliente etc | Daniel Botero T | Jorge Andres Pulgarin 1040 181 793. |
| 5.2 Organigrama de obra | | |
| 5.3 Riesgos en SST uso y porte de EPP y controles operacionales | | |
| **6. OTROS TEMAS** | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre Jorge Andres Pulgarin G.
Cc 1040 181 793
Cargo Aprendiz
Firma

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO



INGEVIAS

INGEVIAS S.A.S.

FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES

DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1

**CONTRATO No.** 46000 10161 **c.c.** 1040 181 793
**Nombre** Jorge Andres Pulgarin
**Fecha:** 13 de Noviembre.

1. En qué año se fundo INGEVIAS?

a. 1975 b 1938 c 2008 (d) 1979

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S A.S. hace referencia a :

(a) Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexion de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
(d.) Todas las anteriores

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f)
b. Gestión Ambiental (G A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C) Cliente satisfecho (V) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
(A) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(C) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

a. Saludar
b Respetar
c. Escuchar
(d.) Todas Las anteriores

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(C) Riesgos Laborales
(b) Salud
(A) Salud, recreación y vivienda
(b) Pensión y Cesantías

| VINGEVIAS | INC[illegible]AS S.A.S. VIAS S A S<br>[illegible]MATO PARA E[illegible]ACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1 |
|---|---|---|

8. a. Cual es la actividad principal del proyecto (objeto) Ampliación de la vía puro cuero chapineros.

b. Cuál es el cliente del proyecto? Gobernación de Antioquia

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| El tranqito mecanico | Atropellamiento, un machacon, un corte. |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo

| PROTEGE | | ELEMENTO |
|---|---|---|
| a. El cráneo | (E) | Gafas y Careta |
| b. Piernas y Pies | (F) | Mascaras y respiradores |
| c. Dedos. manos | (C) | Guantes |
| d. Cuerpo | (b) | Botas |
| e. Cara y Ojos | (6) | Tapones y orejeras |
| f. Sistema Respiratorio | (A) | Arnés |
| g. Oídos | (9) | Casco |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: Ahorrar Agua, no arrojar basuras, separar las basuras, cuidar los arboles, no realizar quemas.

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| a. Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| c. Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| f. Roja | 6. Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Auxiliar |
| CALIFICACIÓN | 1&AL |
| REQUIERE REFUERZO? | NO |

2219

**INGEVÍAS**

**INDUCCIÓN**

| DOCUMENTO No. |
|---|
| PRH-FO-01 |
| Versión 3 |
| 12/07/2018 |

**NOMBRE:** Roman Giraldo **CEDULA:** 70579186
**OBRA O AREA:** Ampliación Vial El Retiro
**FECHA:** 12 10 2019 **HORA INICIO:** 7:45 **HORA FINAL:**

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| 1 Bienvenida a nuestra Empresa | | |
| 1 1 Reseña histórica y cultura organizacional<br>1 2 Vision y Mision<br>1 3 Estructura organizacional de INGEVIAS S.A S<br>1 4 Principios y Valores | Duvy Botero T | Roman Giraldo |
| 2. Recursos Humanos | | |
| 2 1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2 2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2 3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2 4 Causales de terminacion del contrato<br>2.5 Reclamos, permisos prohibiciones y sanciones<br>2 6 Código de Conducta INGEVIAS S A S | Duvy Botero T | Roman Giraldo |
| 3. Sistema de Gestión Integral | | |
| 3 1 Sistemas de Gestion que lo integran (SGC SGO, SGA), **reglamentos, objetivos, procedimientos y programas**<br>3 2 Politica del SGI – Política de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad social – Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos<br>3.3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3 4 Principio de la calidad<br>3 5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3 6 Reporte y notificacion de accidentes e incidentes<br>3 7 Actuacion ante emergencias<br>3 8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3 9 Relaciones entre comunidad y personal de la Empresa<br>3 10 Plan Estratégico de Seguridad vial políticas y normas<br>3 11 Gestion documental | Duvy Botero T | Roman Giraldo |
| 4. Procesos Administrativos | | |
| 4 1 Compras y Almacén<br>4 2 Control de Costos<br>4.3 Maquinaria y equipos. Examen escrito y practico<br>4 4 Contabilidad<br>4 4 Financiero<br>4 5 Licitaciones (Comercial) | | Roman Giraldo |
| 5. Proyecto | | |
| 5 1 Objeto del contrato, cliente y alcance, organigrama funciones, normas cliente, etc<br>5 2 Organigrama de obra<br>5 3 Riesgos en SST uso y porte de EPP y controles operacionales | Duvy Botero T | Roman Giraldo |
| 6. OTROS TEMAS | | |

**Declaro haber recibido por parte de INGEVIAS S.A.S. la inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cual fui contratado.**

Nombre. Roman Giraldo
Cc 70579186
Cargo: Oficial
Firma Roman Giraldo

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

220

VINGEVIAS

...S A.S

...RMATO PARA ... ...C.ON DE INDUCCIONES

| DOCUMENTO No. PRH-FO-12 Versión 1 |
|---|

**CONTRATO No.** 4600010161
**Nombre** [illegible]
**Fecha:** 12 11 2019

C.C. 70519186

1. En qué año se fundó INGEVIAS?

a. 1975 b 1988 c. 2008 ✗ 1979 ✓

2. La política del Sistema de Gestión Integral de INGEVIAS S.A.S hace referencia a :

✗ Mejorando permanentemente, cumplimiento de requisitos, satisfacción de interesados ✓
b. Incumplimiento de requisitos, con buena calidad, cuidando el medio ambiente
c. Continuar con conexión de servicios públicos, Insatisfacción de los clientes.

3. Cuando nuestra Política de Gestión hace referencia a los interesados O Grupos de interés estos son:

a. Proveedores - accionistas
b. Trabajadores – comunidad
c. Cliente - Usuario
✗ Todas las anteriores ✓

4. Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S.A.S. Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas:

a. Gestión Ocupacional (G.O): Velar por la seguridad del trabajador (v) (f) ✓
b. Gestión Ambiental (G.A): Contaminar el medio ambiente (v) (f)
c. Gestión Calidad (G.C): Cliente satisfecho (v) (f)

5. Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestión Integral:

a) Gestión de Calidad
b) Gestión Ocupacional
c) Gestión Ambiental

(b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar ✓
(d) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
(c) Controlar los impactos ambientales

6. Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes, usuarios, comunidad, compañeros y demás interesados:

(a) Saludar
b Respetar
c. Escuchar
d. Todas Las anteriores ✗

7. Relacione según su definición:

a) Caja de compensación familiar
b) EPS
c) ARL
d) AFP

(c) Riesgos Laborales ✓
(b) Salud
(d) Salud. recreación y vivienda
(a) Pensión y Cesantías

8. a. Cuál es la actividad principal del proyecto (objeto) Vulcanización
Para llantas de Vehículos ✓

b. Cuál es el cliente del proyecto? Llantas Cartagena elementos

9. A que peligros estoy expuesto en mi lugar de trabajo y que me pueden producir?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| mecanico | corte machacon ✓ |
| | |
| | |
| | |

10. Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal, y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo.

| PROTEGE | | ELEMENTO | |
|---|---|---|---|
| a. El cráneo | (7) | Gafas y Careta | 7 |
| b. Piernas y Pies | ( ) | Mascaras y respiradores | |
| c. Dedos, manos | (7) | Guantes | 0 |
| d. Cuerpo | (X) | Botas | |
| (e) Cara y Ojos | (X) | Tapones y orejeras | |
| f. Sistema Respiratorio | (7) | Arnés | |
| (g) Oídos | (A) | Casco | |

11. Diga por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente: El agua ahorro = Botar Residuos
no botar Vidrios
no botar frutas ✓

12. Relacione según el tipo de residuo se debe disponer:

| | |
|---|---|
| (a) Azul | 1. Papel |
| b. Crema | 2. Peligroso |
| (c) Verde | 3. restos de comida |
| d. Blanca | 4. Vidrio |
| e. Gris | 5. Servilletas e icopor |
| (f) Roja | 6 Plástico |

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN REALIZADA POR | Daisy Bohorquez |
| CALIFICACIÓN | 10 /10 |
| REQUIERE REFUERZO? | NO. |

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA ACTA DE INDUCCIÓN | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-01<br>Versión 4<br>07/03/2015 |
|---|---|---|

NOMBRE: Federico Buitrago Echeverry CEDULA: 1007 338 040
OBRA O AREA: ampliacion vial el vergel
FECHA: 25/11/2024 HORA INICIO: 7:00 AM HORA FINAL: 5°00 PM

| TEMARIO | REALIZADO POR (Nombre y/o Firma) | RECIBIDO POR (Nombre y firma) |
|---|---|---|
| **1. Bienvenida a nuestra Empresa** | | |
| 1 1 Reseña histónca y cultura organizacional<br>1 2 Visión y Misión<br>1 3 Estructura organizacional INGEVIAS S A S<br>1 4 Principios y Valores | Daisy Botero T | Federico Buitrago |
| **2 Talento Humano** | | |
| 2 1 Cargo a desempeñar y lugar de trabajo<br>2 2 Prestaciones sociales y periodicidad de pago<br>2 3 Contrato y Reglamento interno de trabajo<br>2 4 Causales de terminacion del contrato<br>2 5 Reclamos permisos prohibiciones y sanciones<br>2 6 Código de Conducta | Daisy Botero T | Federico Buitrago |
| **3. Sistema de Gestión Integral** | | |
| 3 1 Sistemas de Gestion que lo integran SGC SGO SGA) reglamentos, objetivos, procedimientos y programas<br>3 2 Politica del SGI – Politica de Vida Saludable – Politica de Responsabilidad social – Politica Anticorrupcion – Politica de Derechos Humanos<br>3 3 Responsabilidad y autoridad ante el SGI y grupos de apoyo<br>3 4 Principio de la calidad<br>3 5 Principales peligros y riesgos en el oficio y sus controles<br>3 6 Reporte y notificacion de accidentes e incidentes<br>3 7 Actuación ante emergencias<br>3 8 Recomendaciones sobre el cuidado del medio ambiente<br>3 9 Plan Estratégico de Seguridad vial políticas y norma<br>3 10 Tecnologia de la informacion | Daisy Botero T | Federico Buitrago |
| **4. Gestión Documental** | | |
| 4 1 Manejo documental de la organización<br>4 2 Manejo de sistemas de apoyo en software documental | | Federico Buitrago |
| **5. Procesos Administrativos** | | |
| 5 1 Compras y Almacen<br>5 2 Control de Costos<br>5 3 Maquinaria y equipos. Examen escrito y practico<br>4 4 Contabilidad<br>5 4 Financiero<br>5 5 Licitaciones (Comercial) | | Federico Buitrago |
| **6. Proyecto** | | |
| 5 1 Informacion del contrato objetivos alcance indicadores cliente organigrama, funciones y responsabilidades<br>5 2 Gestion HSEQ en obra<br>5 3 Informcion tecnica | Daisy Botero T | Federico Buitrago |
| **7. OTROS TEMAS** | | |
| | | |

**Declaro haber recibido por parte del INGEVIAS S.A.S. la Inducción, Reinducción y/o entrenamiento para el cargo del cual fui contratado (a).**

Nombre Federico Buitrago E
Cc 1007 338 040
Cargo ayudante
Firma Federico Buitrago

HUELLA DACTILAR
INDICE DERECHO

| INGEVIAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S A S<br>FORMATO PARA EVALUACIÓN DE INDUCCIONES | DOCUMENTO No.<br>PRH-FO-12<br>Versión 1 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600010[illegible]
Nombre [illegible]
Fecha: 25/11/2014

C.C. 1007-338-096

1 En qué año se fundo INGEVIAS?

a 1975 b 1988 c 2008 X 1979

2 La politica del Sistema de Gestion Integral de INGEVIAS S A S hace referencia a

X Mejorando permanentemente cumplimiento de requisitos satisfaccion de interesados
b Incumplimiento de requisitos con buena calidad cuidando el medio ambiente
c Continuar con conexión de servicios publicos Insatisfaccion de los clientes

3 Cuando nuestra Politica de Gestion nace referencia a los interesados O Grupos de interes estos son

a Proveedores - accionistas
b Trabajadores – comunidad
c Cliente - Usuario
X Todas las anteriores

4 Cuál es el compromiso de los sistemas de gestión de INGEVIAS S A S Indique verdadero o falso en cada una de las respuestas

a Gestion Ocupacional (G O) Velar por la seguridad del trabajador X (f)
b Gestion Ambiental (G A) Contaminar el medio ambiente (v) X
c Gestion Calidad (G C) Cliente satisfecho X (f)

5 Relacione las principales responsabilidades que debo tener en cuanto al Sistema de Gestion Integral

a) Gestion de Calidad (b) Identificar peligros y riesgos para prevenir y controlar
b) Gestion Ocupacional (a) Realizar bien el trabajo para cumplir con el contrato
c) Gestión Ambiental (c) Controlar los impactos ambientales

6 Cuáles son los aspectos importantes para el trato a nuestros clientes usuarios comunidad compañeros y demas interesados

a Saludar
b Respetar
c Escuchar
X Todas Las anteriores

7 Relacione según su definición

a) Caja de compensacion familiar (c) Riesgos Laborales
b) EPS (b) Salud
c) ARL (d) Salud recreacion y vivienda
d) AFP (a) Pension y Cesantias

INGEVIAS

**INGEVIAS S A.S**

**FORMATO PARA EVALUACION DE INDUCCIONES**

DOCUMENTO No
PRH FO-12
Version 1

[illegible] relacion con el lugar
Rio Luck Chaparral

b Cual es el cliente del proyecto Gobernación de Antioquia

9 A que peligros esta expuesto en el lugar de trabajo, que mas le llamo la atencion?

| PELIGRO | RIESGO (Efecto) |
|---|---|
| locativo | [illegible] |
| físico | el ruido |
| químico | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] |

10 Relacione las siguientes partes del cuerpo con los elementos de protección personal y encierre en un circulo los que usted requiere para el desempeño de su trabajo

| PROTEGE | ELEMENTO |
|---|---|
| a El cráneo | (e) Gafas y Careta |
| b Piernas y Pies | (f) Mascaras y respiradores |
| c Dedos manos | (c) Guantes |
| d Cuerpo | (b) Botas |
| e Cara y Ojos | (g) Tapones y orejeras |
| f Sistema Respiratorio | (i) Arnés |
| g Oidos | (a) Casco |

11 Digra por lo menos 5 recomendaciones que debe tener en cuenta para el cuidado del medio ambiente cuidado del agua
cabeza [illegible] las aguas
no dejamos residuos quimicos
no [illegible] basuras
no [illegible]

12 Relacione segun el tipo de residuo se debe disponer

| | |
|---|---|
| a Azul | 1 Papel |
| b Crema | 2 Peligroso |
| c Verde | 3 restos de comida |
| d Blanca | 4 Vidrio |
| e Gris | 5 Servilletas o copar |
| f Roja | 6 Plastico |

EVALUACION REALIZADA POR Daniel Ortiz
CALIFICACION 12/12
REQUIERE REFUERZO NO

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 9

# HOJAS DE VIDA DE LA COMISIÓN TOPOGRÁFICA

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

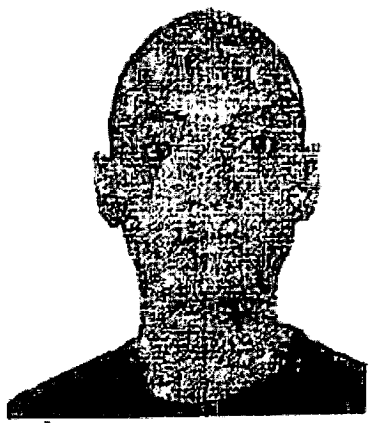
NUMERO **1.038.385.810**
**ESCALANTE DURANGO**

APELLIDOS
**JESUS ALBERTO**

NOMBRES

Jesús A. Escalante

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-JUN-1993**
**SANTA BARBARA**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.77 | O- | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**29-JUN-2011 LA PINTADA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P:0117000-00315373-M-1038385810-20110719 0027470712A 1 34554912

EPS: La nueva eps
PENSIONES: Porvenir
Municipio: La Pintada
DIRECCIÓN: Cra 30 # 18-912
TELEFONO: 3197632308-
3192998153

Fecha afiliacion - 22 de Agosto

227

nueva eps

# NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 23/08/2019, el empleador GLOBAL INGENIEROS SAS identificado con NIT número 900953675 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2081128 | 23/08/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1038385810 | JESUS ALBERTO ESCALANTE DURANGO | 828116 | TOPOGRAFO | 2019-08-22 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Agosto del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

228

ARL | sura

Medellín, 31 de Agosto de 2019

**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 GLOBAL INGENIEROS SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL ANTIOQUIA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| C1038385810 | ESCALANTE DURANGO JESUS ALBERTO | 22/08/2019 | | 22520816 | 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:C154473091924341408

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 31/08/2019 11:30:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.80.162.100, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante: Por favor lea la información antes de diligenciar este formulario
Diligencie todos los campos con letra clara y utilizando un lapicero de color negro
Favor no corregir en las casillas que contienen códigos, utilice los espacios en blanco

BP | No. Solicitud | Fecha de Recibo: DD MM AAAA

## Datos del empleador

Identificación | No. Identificación | D V | Razón Social/Apellidos y nombres | Teléfono | Ubicación del trabajador dependiente: Municipio | Dirección

## Datos del trabajador dependiente

Identificación | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Estado civil | Fecha de nacimiento | Género

## Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección | Departamento | Ciudad/Municipio | Código Postal | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico

## Datos laborales

Salario | Salario mes | Hrs contratadas día | Hrs contratadas mes | Tipo de contrato | Fecha de ingreso a la empresa | Tipo de actividad/Cargo | Trabajador Sector Agropecuario: SI NO

## Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

NIT | Razón Social | No de horas/mes | Salario/mes | Afiliado a Caja de Compensación: SI NO Cual?

NIT | Razón Social | No de horas/mes | Salario/mes | Afiliado a Caja de Compensación: SI NO Cual?

## Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Identificación | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Genero | Fecha de nacimiento | Dirección

## Datos de las personas a cargo

Identificación | Número | Primer Apellido | Segundo apellido | Nombres Completos | Parentesco | Fecha de nacimiento DD MM AAAA | Genero

## Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para que consigne en mi cuenta de ahorros Banco de

Cuenta Bancaria | No. de Cuenta | Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente | Entidad Financiera

Tarjeta de Crédito

Para información de la Red Bancaria: Nombre completo del titular de la cuenta | Número de identificación del titular de la cuenta

Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este y no lo tenga pignorado además lo hara unicamente en la cuenta del trabajador beneficiario e informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/ Declaro bajo la gravedad de juramento que Toda la información aquí suministrada es verídica Autorizo a Comfama para que por medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley

Comfama

Recibido

Firma y sello empleador | Firma y documento de identidad del trabajador | Sello de recibido Comfama | Sello de ingreso Comfama en Comfama

Copia Empleador - Cartera

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL - INGRESO

OrienteSalud

**OrienteSalud IPS**
Nit. 900.898.297-9
PBX: 5595615 - 3321220 ext 101
www.orientesalud.co

Fecha Examen: 23/11/2019 HORA : 07:31
Empresa: GLOBAL INGENIEROS S.A.S



## IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR | JESUS ALBERTO ESCALANTE DURANGO | | | DOCUMENTO | CC - 1038385810 |
| | | | | PROFESION | PROFESION NO DEFINIDA |
| LUGAR DE NACIMIENTO | SANTA BARBARA | | | DIRECCION | GALICIA |
| FECHA NACIMIENTO | 28/08/1993 | SEXO | MASCULINO | TELEFONO | 3197632334 |
| EDAD | 26 Años - 4 Meses - 25 Días | | RH A+ | MUNICIPIO | BARBOSA (ANTIOQUIA) |
| ESTADO CIVIL | UNION LIBRE | | | E.P.S | NUEVA EPS SA |
| ESCOLARIDAD | Secundaria | # HIJOS | 0 | A.F.P | PORVENIR |
| CARGO A DESEMPEÑAR | AUXILIAR DE TOPOGRAFIA | | | ARL | NO DEFINIDA |
| Fecha de Ingreso | 23/09/2019 | Antiguedad | 2 Años 2 Meses | Motivo | EL RETIRO |

## RESULTADO DE EXAMENES

| | |
|---|---|
| Visiometria | NA |
| Audiometria | NA |
| Espirometria | NA |
| Laboratorios | Glicemia — CT — Triglicéridos — Frotis Faringeo — |
| Laboratorios | KOH — Coprológico — Colinesterasas — |
| Prueba Psicosensometrica | NA |
| V[illegible]n Psicológica | Normal durante la evaluación médica |
| | |
| | |

## CONCEPTO MEDICO INGRESO

| | |
|---|---|
| Apto sin patologia aparente | X |
| **Apto para el cargo con patologia que no limita la labor** | |
| **Apto para el cargo a desempeñar con restricciones** | |
| Motivo | |
| **Aplazado** | |
| Motivo | |
| **No Apto para el cargo** | |
| Motivo | |
| **Próxima valoración ocupacional** | **1 AÑO** |

**S.V.E.** Visual ___ Auditivo ___ Ergonomico X Psicosocial ___ Cardiovasc ___ R. Biológico ___ Respiratorio ___ Quimico ___ Voz ___

## RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa adjuntar copia del carné de vacunación.
Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Capacitación en Higiene postural, levantamiento y transporte de cargas, Pausas activas
Re[illegible]r todo incidente o accidente de trabajo que ocurra

**Remisión EPS : NO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de Ley para su relación, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los examenes de laboratorio y ayudas paraclinicas establecidas para el cargo dentro del programa de salud

Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiologica que estén establecidos (Resolución 2346/07).

El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud Así mismo he recibido

las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

Jesús E.

JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ
RM : 5-0835-07 RES: 0100511

JESUS ALBERTO ESCALANTE DURANGO
CC - 1038385810

# CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Persona Juridica, certificada en la NTC 6072, ente certificador ICONTEC, código certificado CS-CER613645 Fecha de aprobacion 01/06/2018 y aprobada por el Ministerio de trabajo segun radicado 08SE2018220000000030640,fecha aprobación 23/08/2018 para impartir formación en trabajo seguro en alturas

CERTIFICA A:

## JESUS ALBERTO ESCALANTE DURANGO
## C.C. 1038385810

**NIVEL REENTRENAMIENTO** con una intensidad de 20 horas
Los dias 16 y 17 de marzo de 2019 en el municipio de la Estrella (Ant).

Sebastian G.

**Sebastian Guarin Fonseca**
Entrenador-Lic en 41099 2017 Dssa

**Astrid Elena Jaramillo Torres**
Directora de operaciones

Dado en la Estrella (Ant ) el 17 de marzo de 2019 - Código:CJT-3563-2019
Para verificar el certificado comunicarse a los teléfonos (4) 3074376 - 3023256478
Pagina web: www.cjtalturas.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.098.682.890
FLOREZ ROJAS
APELLIDOS
OMAR DAVID
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1990
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-FEB-2008 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALVIS VACCA

P-2700100 00030577-M-1098682890 20170000 005697147-A 1 0810107182

Dirección → Calle 67 # 54 - 297 Urbanización Manzanillos
torre 5 apto 1303
EPS → Comeva
Fondo → Protección
Correo → stef.omar.florez@gmail.com
Caja → Compensar
Celular → 3164574137

Fecha ingreso → 19 de Septiembre 2019

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Coomeva EPS

RADICADO No 25341286

Fecha de Radicación: 19 09 2019



I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones antes de diligenciar)

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [X] (Cotizante o Cabeza de Familia) (Beneficiario o Adicional) [ ] H. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

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

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

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

Código (según tabla pag 3 y 4): 01

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| FLOREZ (Primer apellido) | ROJAS (Segundo apellido) | OMAR (Primer nombre) | DAVID (Segundo nombre) |

| 7. Tipo documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1098682890 | Femenino [ ] Masculino [X] | 23 02 1990 |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| 06 | Tipo [ ] Condición [ ] | [ ] | 00 |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de Cotización - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE VIDA SURAMERIC | 002 / PROTECCION | 828,116 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Dirección: CALLE 67 NO 54 297 | Teléfono fijo: 6426795 | Teléfono Celular: 3164574137 | Correo electrónico |

| Municipio/Distrito | Zona | Localidad/Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| 05266 / ENVIGADO | Urbana X / Rural [ ] | | 05 / ANTIOQUIA |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 19. Apellidos y nombres | | | | 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | | 23. Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Femenino [ ] | Masculino [ ] | |

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | ARANGO | CHACON | VIVIANA | MARCELA | CC | 1098685179 | X | | 30 09 1989 |
| 02 | FLOREZ | ARANGO | VIVIAN | VALERIA | RC | 1097140496 | X | | 20 02 2018 |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | CY | 06 | | | | | |
| 02 | HI | 06 | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Zona: Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | ENVIGADO | X | | ANTIOQUIA | 3164574137 | |
| 02 | ENVIGADO | X | | ANTIOQUIA | 3187784154 | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS | | Código de la IPS (a registrar por la EPS) | |
|---|---|---|---|---|
| C | SINERGIA UNIDAD BASICA ENVIGADO P P R | SINERGIA UNIDAD BASICA ENVIGADO P P R | 30101419 | 30101419 |
| A | | | | |
| B | | | | |
| S | | | | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| GLOBAL INGENIEROS SAS | NI | 900953675 | 01 |

39. Ubicación: [illegible] | RIONEGRO | ANTIOQUIA

Coomeva | EPS

## II. REPORTE DE NOVEDADES

40 Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación
- 2 Corrección de datos básicos de identificación
- 3 Actualización del documento de identidad
- 4 Actualización y corrección de datos complementarios
- 5 Terminación de la inscripción en la EPS
  Código: _____
- 6 Reinscripción en la EPS
- 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 ser cotizante
- 10 Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para ser cotizante
- 11 [illegible]
- 12 [illegible]
- 13 [illegible] A Régimen Contributivo
- 14 [illegible] 3 Cotizante dependiente
  4 Cotizante independiente
  5 Cotizante especial
  6 Cotizante pensionado
- 15 [illegible]
- 16 [illegible]
- 17 [illegible]
- 18 [illegible]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | Sexo (Femenino / Masculino) | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 19 09 2019 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado (Código) | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46 Declaración de dependencia económica de los beneficiarios afiliados adicionales
- 47 Declaración de la no cotización de afiliado al Régimen Contributivo. Especificar la categoría
- 48 Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega [illegible] que acredite [illegible]
- 49 Declaración de no interrupción del trabajo de la beneficiaria [illegible] en la Prestación Económica [illegible]
- 50 Autorización para que la EPS consulte y entregue [illegible] para efectos de la verificación [illegible]
- 51 Autorización para que la EPS reporte la información que se genere [illegible] que sus funciones lo requieran
- 52 Autorización para que la EPS maneje los datos personales [illegible] 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] 53 Autorización para que la EPS envíe información [illegible]

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El representante, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

- [X] 56 Anexa copia del documento de identidad — Cantidad: 0 1 0 2 0 0 0 0 — Total: 3
- [ ] 57 Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por [illegible]
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de nacimiento [illegible] de la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial [illegible] de sociedad patrimonial o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del [illegible]
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo [illegible]
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad [illegible] sobre la autorización de los padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para afiliar [illegible]
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades [illegible] del beneficiario en la que conste la afiliación del [illegible]

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad territorial: Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

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

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

Observaciones: _____

| Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas: | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | ( ) | ( ) |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | ( ) | ( ) |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? | ( ) | ( ) |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | ( ) | ( ) |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | ( ) | ( ) |



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

ARL | sura

Medellín, 18 de septiembre de 2019

## 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 GLOBAL INGENIEROS SAS que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo. 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6,96 % | |
| C109868289 0 | FLOREZ ROJAS OMAR DAVID | 19/09/2019 | | 2V173205 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante. La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/09/2019 17:35:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.80.162.100, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# mfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP | No. Solicitud | Fecha de Recibo DD MM AAAA

## del empleador

Tipo Identificación | No. Identificación | D.V. | Razon Social/Apellidos y nombres | Teléfono | Ubicación del trabajador dependiente

## del trabajador dependiente

Tipo Identificación | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Estado civil | Fecha de nacimiento | Genero

## de residencia del trabajador dependiente

Dirección | Departamento | Ciudad/Municipio | Código Postal | Teléfono fijo

## laborales

Fecha Ingreso | Horas contratadas día | Horas contratadas mes | Tipo de contrato | Fecha de ingreso a la empresa | Tipo de actividad/Cargo | Trabajador Sector Agropecuario

S | X | SI X

## adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit | Razon Social | No de horas/mes | Salario/mes | Afiliado a Caja de Compensación

SI NO Cual?

SI NO Cual?

## de conyuge o compañero(a) permanente

Tipo Identificación | No Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Genero | Fecha de nacimiento

## de las personas a cargo

Tipo Identificación | Numero | Primer Apellido | Segundo apellido | Nombres Completos | Parentesco | Ocupación | Fecha de Nacimiento DD MM AAAA | Genero

## Medio de pago de la cuota monetaria

Con forma se le consignara el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este, nunca tenga pignoración, además se da únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/. Declaro bajo la gravedad de juramento toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

COMFAMA Centro

Autorizo a COMFAMA así como para remitir información publicitaria, comercial y de actualización a nombre de [illegible] para la [illegible] de los servicios prestados. Además [illegible] y para otros [illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 98.587.872

CASTRO CASTRO

APELLIDOS

LEON ADRIAN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1972

RIONEGRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-NOV-1990 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0104900-00113142-M-0098587872-20001027 0004925312A 2 2180011049

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **LEON ADRIAN CASTRO CASTRO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **98587872**, aparece registrado (a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 98587872 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | LEON ADRIAN CASTRO CASTRO |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01/10/2016 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 424 |
| SEMANAS COTIZADAS ULTIMO AÑO | 50 |
| EMPLEADOR(ES) | NI 900102268 INGENIERIA TRANSPORTE Y MAQUINARIA S.A.S DESDE 25/06/2019. NI 900953675 GLOBAL INGENIEROS SAS DESDE 13/11/2019 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

**Fecha de generación:** **13/11/2019**

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

240

ARL | sura

Medellín, 12 de noviembre de 2019

**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 GLOBAL INGENIEROS SAS que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Numero identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo | 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | Clase 5 | | Porcentaje Cotización | 6,96 % |
| C98587872 | CASTRO CASTRO LEON ADRIAN | 13/11/2019 | | 7200150n | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/11/2019 16:07:23
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.80.102.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LEON ADRIAN CASTRO CASTRO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **98587872**, se encuentra afiliado (a) desde **31/01/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | Multivinculación Decreto 3995/2008 |
| Vinculación Inicial | 23 | COLPENSIONES | 16/08/1994 | Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en COLPENSIONES |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES | 23 | COLPENSIONES | 01/04/2007 | No Aplica |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de noviembre de 2019.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

# mfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

| BP | No. Solicitud | Fecha de Recibo DD | MM | AAAA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro
- Favor no escribir en los espacios sombreados, no utilizar resaltador en las casillas

## del empleador

| entificación | No. Identificación | D.V. | Razón Social/Apellidos y nombres | Teléfono | Ubicación del trabajador dependiente Agrupación | Sucursal |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NI CE PA RC E | | | | | | |

## del trabajador dependiente

| entificación | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Estado civil | Fecha de nacimiento | Género |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PA RC TI | | | | | | 1 2 3 4 5 | | X |

## de residencia del trabajador dependiente

| | Departamento | Ciudad/Municipio | Código Postal | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

## aborales

| alario | Salario mes | Hrs contratadas día | Hrs contratadas mes | Tipo de contrato | Fecha de ingreso a la empresa | Tipo de actividad/Cargo | Trabajador Sector Agropecuario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | $ 5 [illegible] 116 | | 1[illegible] | | | | SI ___ NO X |

## adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

| Nit | Razon Social | No de horas/mes | Salario/mes | Afiliado a Caja de Compensacion | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI NO | Cual? |
| | | | | SI NO | Cual? |

## de cónyuge o compañero(a) permanente

| entificación | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Genero | Fecha de nacimiento | Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PA RC TI | | | | | | | | 1 2 3 4 5 |

## de las personas a cargo

| entificación PA | RC | TI | Numero | Primer Apellido | Segundo apellido | Nombres Completos | Parentesco | Discapacidad | Fecha de Nacimiento DD MM AAAA | Genero Femenino | Masculino |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

## Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta
- Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte los puntos [illegible] donde Comfama tiene convenio para realizar este pago

comfama Rionegro Centro 13 NOV 2019 03 Transacción Recibido

Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga ignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. s informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/ Declaro bajo la gravedad de juramento que, Toda la información aquí suministrada es verídica, Autorizo a Comfama para que por r medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley

ación y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002 información recolectada se utilizará para los finalidades de ley conforme los parametros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los mismos, para la atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente y para otras a necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá acceder a los datos personales de contacto suministrados, como pueden ser, correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. lle tratamiento que me ha sido informado____ No Acepto este tratamiento____ La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los sonales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail protección.datospersonales@comfama.com.co o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

| Firma y sello del empleador | Firma y documento de identidad del trabajador | Sello de recibido en Comfama | Sello de ingreso al sistema en Comfama |
|---|---|---|---|
| | | | |

Cuadernos - Copia (Empleador) Subsidio

2/2

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 10

# HOJA DE VIDA DEL PERSONAL OPERATIVO INGEVÍAS S.A.S.

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
71276392
NUMERO

ORREGO GOMEZ
APELLIDOS

ALEJANDRO
NOMBRES

Alejandro Orrego
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1983
BELLO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAR-2001 TAGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0115100-20091741-M-0071276392-20010705 03637 01184B 01 103338723

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-11-05

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | ALEJANDRO ORREGO GOMEZ | Documento: | CC 71276392 |
| Fecha de nacimiento: | 1983-02-28 | Lugar de nacimiento: | BELLO (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 36 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Union_libre | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CR 25D 15 - 08 | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 3017877115 | Escolaridad: | Tecnico_completo |
| Ocupación: | AYUDANTE | EPS: | Nueva EPS |
| Responsable**: | PAULA BALVIN (ESPOSA) | Teléfono: | 3138210465 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la ultima suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ALEJANDRO ORREGO GOMEZ con documento de identificación No. 71276392 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud evaluación y plan de manejo por Odontología. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Trigliceridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

CONSIDERACIONES ESPECIALES POR PATOLOGIA DE LA PARED ABDOMINAL: Presenta una debilidad de la pared abdominal, actualmente asintomática, que no le genera actualmente limitaciones ocupacionales para el oficio, se sugiere que sea evaluada y manejada en su entidad de salud, en caso de volverse dolorosa.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Juliana Espinal

JULIANA ESPINAL MARIN
Medico y cirujano
Universidad CES
Resolución 5-2541

Alejandro Orrego



Indice der

ALEJANDRO ORREGO GOMEZ
Documento: 71276392

Escanee el código si desea verificar datos

Especialista Salud Ocupacional
Universidad CES
Licencia. 094394

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-11-05 Hora: 16:35

246

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

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

*01 B 12147095*

*0106092255*

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A Dependiente [ ] B Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D Independiente por prestación de servicio [ ] — CÓDIGO — FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

## A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Orego — SEGUNDO APELLIDO: Gomez — PRIMER NOMBRE: Alejandro — SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 71276392 — 9. SEXO: F [X] — 10. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código | Tipo — 12. DISCAPACIDAD: Condición — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: SURA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Protección — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 928116 — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 25d N 15-08 — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: El Retiro — DEPARTAMENTO: Antioquia — ZONA U. [ ] R. [ ] — TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3017077175 — CORREO ELECTRÓNICO — CÓDIGO IPS

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE — CÓDIGO IPS
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22 SEXO: F [ ] M [ ] — 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

| | 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NÚMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO | 28. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO) | 29. PARENTESCO | 30. ETNIA | 31. DISCAPACIDAD: Tipo (F N M) / Condición (T P) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | F [ ] N [ ] M [ ] — T [ ] P [ ] |
| 2 | | | | | | | | F [ ] N [ ] M [ ] — T [ ] P [ ] |
| 3 | | | | | | | | F [ ] N [ ] M [ ] — T [ ] P [ ] |
| 4 | | | | | | | | F [ ] N [ ] M [ ] — T [ ] P [ ] |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio. — Departamento — Zona (R U) — Teléfono Fijo — Teléfono Móvil | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS) | 34. Nombre y código de la IPS | EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CONFLICTO GEOGRÁFICO — UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR — CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN — BLOQUEO AFILIADO POR EPS | NIVEL DE SISBEN (I II) | GRUPO POBLACIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | R [ ] U [ ] | | | | I [ ] II [ ] | |
| 2 | R [ ] U [ ] | | | | I [ ] II [ ] | |
| 3 | R [ ] U [ ] | | | | I [ ] II [ ] | |
| 4 | R [ ] U [ ] | | | | I [ ] II [ ] | |

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

35. Nombre o Razón Social: Ingevias — 35. Tipo documento de identidad: CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] — 37. Número documento de identidad: 800029899 — DV — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. Ubicación y dirección: Calle 65c 38-15 — Medellín — Antioquia — 4485887 — TELÉFONO MÓVIL — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 06/11/2019 — CARGO — SALARIO

## VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1 MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2 CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3 ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4 ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5 [illegible] DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS
6 [illegible]
7 RETIRO DE LA EPS
8 EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9 INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10 TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11 VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12 DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13 MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO / B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14 TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN / B) DIFERENTE RÉGIMEN
15 REPORTE DE FALLECIMIENTO
16 REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17 REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
18 REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO F [ ] M [ ] — FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA A PARTIR DE — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: CONFLICTO GEOGRÁFICO [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] BLOQUEO AFILIADO POR EPS [ ] — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[illegible] identificado(a) con [illegible] No [illegible]
[illegible] del año [illegible]
[illegible] afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
[illegible] Condición Especial o de Excepción
[illegible] que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporto de la Entidad
[illegible] cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
[illegible] de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
[illegible] en que se genere da la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
[illegible] Cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
[illegible] correspondencia o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

Alejandro Orego — 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. [illegible] de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio o del aportante o pagador de pensiones o independiente por prestación de servicio

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: [illegible]
CLAVE ASESOR: 2305
REGIONAL: [illegible]
FECHA: 06-11-2019
CÓDIGO No 11202105001050223

## IX. ANEXOS

[illegible] TI [ ] RC [ ] CC [ ] PA [ ] CC [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] Total [ ]
[illegible] expedido por las autoridades competentes
[illegible] declaración privada en la que declaran el divorcio, terminación conyugal o cesación de efectos civiles de matrimonio religioso
[illegible] declaración privada en la que declaran la separación de cuerpos y escritura pública
[illegible] de nacimiento
[illegible] de nacimiento del menor
[illegible] solicitada por el cotizante a la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
[illegible] Número de Ficha
[illegible] para realizar afiliaciones colectivas

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] — 67. Datos del SISBEN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ] — 68. Fecha de radicación: DÍA | MES | AÑO — 69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad [ ] — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario
OBSERVACIONES

[illegible] con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Scanned by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 05 de noviembre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6,96 % | | |
| C71276392 | ORREGO GOMEZ ALEJANDRO | 06/11/2019 | | 34395913 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/11/2019 16:43:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **ORREGO GOMEZ ALEJANDRO** identificado(a) con **CC** número **71.276.392** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de marzo de 2001 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 06 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

2019110607265

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ador | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| eración | 2019-11-06 07:25 a.m. | | |
| de | 2019-11-06 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-06 23:59 p.m. |

comfama

le trabajador dependiente

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 71276392 | ORREGO | GOMEZ | ALEJANDRO | | 28.02.1983 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 05.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 06.11.2019 |

le personas a cargo

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

le Conyuges

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ón de datos de residencia de trabajador

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

abajadores dependientes

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ersonas a cargo

| umento | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.047.970.892
ACEVEDO OCAMPO
APELLIDOS
YEISON ANDRES
NOMBRES
Yeison Andres
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-1995
SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
04-ABR-2013 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
P:0126200-00442862-M-1047970892-20130624 0033622996A-1 39652539
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-11-18

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | YEISON ANDRES ACEVEDO OCAMPO | Documento: | CC 1047970892 |
| Fecha de nacimiento: | 1995-03-27 | Lugar de nacimiento: | SONSON (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 24 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | MARINILLA | Municipio: | RIONEGRO |
| Teléfono: | 3214948512 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | AYUDANTE | EPS: | Sura |
| Responsable**: | NORBEY ALONSO (PADRE ) | Teléfono: | 3217138702 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a YEISON ANDRES ACEVEDO OCAMPO con documento de identificación No. 1047970892 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Construccion

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados:
- Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales;
- Triglicéridos: Dentro de valores límites normales;
- Colesterol total: Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

MARLON JULIÁN RÍOS BALLESTEROS
Médico General
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON
Resolución 5-0344-10
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad CES
Licencia. 296931

Yeison andres Acevedo

Indice der

YEISON ANDRES ACEVEDO OCAMPO
Documento: 1047970892

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-11-18 Hora: 11:58

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

SALUD EPS

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 21 11 2019

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación<br>B. Reporte de Novedades | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectivo [ ]<br>• Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]<br>D. De oficio [ ] | A. Contributivo [X]<br>B. Subsidiado [ ] | A. Cotizante [X]<br>B. Cabeza de familia [ ]<br>C. Beneficiario [ ] | A. Dependiente [ ]<br>B. Independiente [ ]<br>C. Pensionado [ ] | 1 |

## A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Acevedo | Ocampo | Yelson | Andres |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo Femenino | Masculino | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| [ ] | 1047970892 | [ ] | [X] | D 12 M 03 A 1991 |

## B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Sura | Protección |

| 17. Ocupación - CIUO | 18. Residencia | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|
| 820116 | cl 29A 18 19 | | 3214948512 |

| Correo electrónico | Departamento de residencia | Zona Urbana | Rural | Localidad / Comuna |
|---|---|---|---|---|
| | Marinilla | [ ] | [ ] | ANTIOQUIA |

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

| 19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | D D M M A A A A | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 31. Discapacidad Tipo F N M | Condición T P | 32. Datos de residencia Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

## Selección de la IPS Primaria

| Col. | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

| 35. Nombre o Razón Social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| INGEVIAS SAS | [ ] | 800029899 | |

| 39. Dirección | Teléfono fijo y/o celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 6 SUR 38 15 | 4485587 | | MEDELLIN | ANTIOQUIA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de Identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha de novedad |
|---|---|---|---|---|---|
| [ ] | | [ ] | [ ] | D D M M A A A A | D 21 M 11 2019 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ] 48. Declaración de ocurrencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]

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

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

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El Cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio |
|---|---|
| Yelson Andres | Diana |

## IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]

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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | |

71. Firma del funcionario

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

21 NOV 2019

VIGILADO Supersalud

VIGILADO Supersalud

ARL | sura

Medellín, 19 de noviembre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6,96 % | | |
| C104797089 2 | ACEVEDO OCAMPO YEISON ANDRES | 20/11/2019 | | B2041821 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2019 15:37:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **ACEVEDO OCAMPO YEISON ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.047.970.892** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2015 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 08 de diciembre de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ıdor | 800029899 | **Empleador** | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| ɛración | 2019-11-21 08:36 a.m. | | |
| ıe | 2019-11-21 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-11-21 23:59 p.m. |

comfama

**le trabajador dependiente**

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1047970892 | ACEVEDO | OCAMPO | YEISON | ANDRES | 27.03.1995 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 20.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 21.11.2019 |

**le personas a cargo**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**le Conyuges**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ón de datos de residencia de trabajador**

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**abajadores dependientes**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ersonas a cargo**

| umento | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.040.130.015



APELLIDOS
BOTERO TANGARIFE

NOMBRES
ZULAY ANHANA

Zulay Botero



FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1985
RIONEGRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
11-MAR-2004 RETIRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



P-0121100-20127201-F-1040130015-20040727 0564434200C 02 1035994102

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-11-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | ZULAY ANHANA BOTERO TANGARIFE | Documento: | CC 1040180015 |
| Fecha de nacimiento: | 1985-12-05 | Lugar de nacimiento: | RIONEGRO (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 34 años | Género: | Femenino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CALLE 23 17B 50 INT 208 | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 3104161891 | Escolaridad: | Secundaria_incompleta |
| Ocupación: | CONTROLADORA | EPS: | Savia Salud |
| Responsable**: | LUZ ELENA TANGARIFE (MADRE) | Teléfono: | 5413029 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | Su capacidad visual es insuficiente y requiere evaluación por especialista para establecer posibilidad de mejoramiento. |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación. |
| Espirometría computarizada: | Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ZULAY ANHANA BOTERO TANGARIFE con documento de identificación No. 1040180015 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de CONTROLADORA del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su patología visual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR DEFICIENCIA VISUAL: Presenta un déficit visual no corregido actualmente. Se recomienda que se tramite la corrección de su déficit en su entidad de salud, para evitar la astenopia (cansancio visual) que eventualmente puede generar un riesgo aumentado de accidentalidad y disminución del rendimiento laboral.

CONSIDERACIONES POR LA PRESENCIA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS (MOS): El trabajador informa la existencia de material de osteosíntesis a nivel de pierna. Generalmente la presencia de este material no genera sintomatología ni riesgos adicionales, pero si el trabajo a realizar implica la exposición a vibraciones segmentarias, movimiento repetitivos intensos y prolongados o movilización de cargas, es necesario evaluar las condiciones específicas, teniendo en cuenta lo definido en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la Empresa, con la asesoría de la Administradora de Riesgos Laborales a la que está afiliada la Empresa.

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Trigliceridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Harold David Betancourth Jimenez
Médico y Cirujano Universidad de Antioquia REG. 271719-07
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U CES
LIC. 0082712

Zulay Botero

Indice der

ZULAY ANHANA BOTERO TANGARIFE
Documento: 1040180015

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-11-18 Hora: 11:54

260

ARL | sura

Medellín, 19 de noviembre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: 6,96 % | |
| C104018001 5 | BOTERO TANGARIFE ZULAY ANHANA | 20/11/2019 | | z1931237 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2019 16:00:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

261

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

savia SALUD EPS

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A: 21 11 2019

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliado | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación<br>B. Reporte de Novedades X | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X B. Colectivo<br>• Beneficiario o afiliado adicional C. Institucional<br>D. De oficio | A. Contributivo<br>B. Subsidiado X | A. Cotizante<br>B. Cabeza de familia X<br>C. Beneficiario | A. Dependiente X<br>B. Independiente<br>C. Pensionado | 1 |

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

| 6. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Bolero | Tangarife | Zulay | Urbana |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo Femenino | Masculino | 10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|
| | 1040180015 | | | 05 11 1985 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Sura | Protección |

| 17. Código Caja de Compensación - CCF | 18. Residencia | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|---|
| 526116 | Cl 23 | 17B 30 | 3104161891 | |

| Correo electrónico | Cabecera Municipal | Zona Urbana / Rural | Localidad / Comuna | Municipio / Distrito |
|---|---|---|---|---|
| | Retiro | | | ANTIOQUIA |

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

| 19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

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

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A | Datos complementarios 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

savia SALUD EPS
21 NOV 2019
JAC 305
Cielo

| | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia Municipio / Distrito | Zona Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

### Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| Col. | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

| 35. Nombre o Razón Social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| INGEVIAS SAS | | 800029899 | |

| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 6 SUR 38 15 | 4485587 | | MEDELLIN | ANTIOQUIA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha de novedad D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 21 11 2019 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

54. Cotizante, cabeza de familia o Pensionado

55. Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación D D M M A A A A | 69. Fecha de validación D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | |

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

262

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **BOTERO TANGARIFE ZULAY ANHANA** identificado(a) con **CC** número **1.040.180.015** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de agosto 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 09 de diciembre de 2019.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

[illegible]00872

Informe Registro de novedades Comfama

| | | | |
|---|---|---|---|
| ıdor | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| ɜración | 2019-11-21 08:43 a.m. | | |
| ıe | 2019-11-21 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-21 23:59 p.m. |

comfama

le trabajador dependiente

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1040180015 | BOTERO TANGARIFE | ZULAY | ANHANA | | 05.12.1985 | Femenino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 20.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 21.11.2019 |

le personas a cargo

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

le Conyuges

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ón de datos de residencia de trabajador

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

abajadores dependientes

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ersonas a cargo

| umento | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43689642

BOTERO TANGARIFE
APELLIDOS

DAISY ALEJANDRA
NOMBRES

Daisy Botero T.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1983
RETIRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

21-MAY-2001 RETIRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-0121100-20095551-F-0043689642-20011119 05127 01318A 01 100834425

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-10-26

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | DAISY ALEJANDRA BOTERO TANGARIFE | Documento: | CC 43689642 |
| Fecha de nacimiento: | 1983-03-28 | Lugar de nacimiento: | EL RETIRO (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 36 años | Género: | Femenino |
| Estado civil: | Casado | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CL 23 21-18 APTO 202 | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 5413029 | Escolaridad: | Universitario_incompleto |
| Ocupación: | RESIDENTE SST | EPS: | Nueva EPS |
| Responsable**: | LUZ ELENA TANGARIFE (MADRE) | Teléfono: | 3012414459 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | Su capacidad visual es insuficiente y requiere evaluación por especialista para establecer posibilidad de mejoramiento. |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación. |
| Espirometría computarizada: | Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a DAISY ALEJANDRA BOTERO TANGARIFE con documento de identificación No. 43689642 se considera presenta restricciones en algunas tareas o actividades para desempeñar la ocupación de RESIDENTE SST del sector económico Construccion
AMPLIACION DE LAS RESTRICCIONES OCUPACIONALES : De las diferentes tareas o actividades que comprenden la ocupación, hay algunas que el trabajador no debe desempeñar, ya que constituyen un riesgo para su condición de salud. Por ello, para estas tareas se establecen restricciones, por lo que se debe tener en cuenta que:
1. Presenta alteración de visión profundidad, por lo que no deben ser asignadas tareas que requieran de ésta habilidad.
2. Tiene histórico en ésta IPS de visiometrías previas y experiencia de trabajo en Alturas de 5 años. De conformidad con normatividad vigente se certifica para trabajos en alturas con el condicionamiento de realizar éstas tareas de alto riesgo con Gafas de protección con lentes de corrección visual permanentes, en condiciones de plataforma con desplazamiento horizontal, evitando actividades en alturas verticales por alteración de la percepción profundidad.
Estas recomendaciones tienen un carácter TEMPORAL durante doce (12) meses, lo cual se justifica porque es el tiempo habitual de controles ocupacionales periódicos.
Se deben hacer las adaptaciones necesarias acorde con estas recomendaciones, en concordancia con su Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y se les debe dar cumplimiento tanto en su trabajo como en las actividades extralaborales.

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda continuar en su entidad de salud, el plan de manejo definido para su patología visual por Oftalmólogo. Esta condición de salud le genera restricciones para algunas tareas, por lo que debe ser evaluada la necesidad de adaptar su puesto de trabajo.
2. Se le recomienda en caso de síntomas solicitar en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su patología Pulmonar alérgica de origen común. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.
3. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud controles de su patología vascular periférica. No le genera limitaciones directas para el desempeño de su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA RESTRICCIONES EN ALGUNAS TAREAS O ACTIVIDADES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Hemoleucograma:Dentro de valores limites normales; - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Trigliceridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA: Presenta una patología pulmonar alérgica de origen común, que no le genera restricciones ocupacionales; pero requiere minimizar el riesgo para exponerse a polvos, humos, gases o vapores de sustancias químicas, o condiciones ambientales de riesgo tal como la necesidad de laborar en ambiente con aire

acondicionado, por lo cual se debe realizar el seguimiento definido en el Programa de prevención de patologías respiratorias, en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo, además del control preventivo de su patología en su entidad de salud. En el oficio se deben mantener los controles adecuados y hacer las adaptaciones que se requieran, para que pueda realizar su trabajo sin afectar su rendimiento laboral.

---

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGÍA VISUAL CON RESTRICCIONES: Presenta un déficit visual importante que corrige parcialmente y le genera restricciones ocupacionales descritas en el ítem respectivo, por la alteración de la visión de profundidad, de acuerdo a lo definido en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa (SG-SST). Si es necesario establecer adaptaciones del puesto de trabajo, debe tenerse en cuenta el Perfil del Trabajo (no se cuenta con éste al momento de la valoración).

---

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



MARÍA ISABEL DOMÍNGUEZ VÁSQUEZ
Médica Cirujana
UNIVERSIDAD DE CALDAS
Registro médico 76-0846
Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional
Universidad Santiago de Cali
RES 1540



Indice der
DAISY ALEJANDRA BOTERO TANGARIFE
Documento: 43689642

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-10-30 Hora: 16:00

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/11/2019, el empleador INGEVIAS S.A.S identificado con NIT número 800029899 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2205035 | 01/11/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 43689642 | DAISY ALEJANDRA BOTERO TANGARIFE | 2000000 | INSPECTOR DE SEGURIDAD INDUSTRIAL | 2019-11-01 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Noviembre del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

ARL | sura

Medellín, 31 de Octubre de 2019

**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 INGEVIAS SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000055 - EL RETIRO, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| C43689642 | BOTERO TANGARIFE DAISY ALEJANDRA | 01/11/2019 | | 13827233 | 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:C10396944731930449266

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 31/10/2019 13:41:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

269

porvenir

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **DAISY ALEJANDRA BOTERO TANGARIFE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **43,689,642**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Octubre de 2019.

Gerente de Clientes

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ıdor | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| ɜración | 2019-11-01 14:09 p.m. | | |
| ıe | 2019-11-01 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-01 23:59 p.m. |

comfama

**le trabajador dependiente**

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 43689642 | BOTERO | TANGARIFE | DAISY | ALEJANDRA | 30.09.1983 | Femenino | Soltero | Fijo | 2000000,00 | 8 | 240 | 01.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 01.11.2019 |

**le personas a cargo**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**le Conyuges**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ón de datos de residencia de trabajador**

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**abajadores dependientes**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ersonas a cargo**

| umento | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

240

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34065101**

**MARIN PEREZ**
APELLIDOS

**GLORIA BIBIANA**
NOMBRES



Gloria Bibiana M.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUL-1983**
**VITERBO**
**(CALDAS)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.65** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**01-NOV-2002 DOSQUEBRADAS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2402500-54112471-F-0034065101-20030522 07420 03142A 04 128734970

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-11-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | GLORIA BIBIANA MARIN PEREZ | Documento: | CC 34065101 |
| Fecha de nacimiento: | 1983-07-22 | Lugar de nacimiento: | VITERBO (CALDAS) |
| Edad: | 36 años | Género: | Femenino |
| Estado civil: | Union_libre | No. hijos vivos: | 3 |
| Dirección actual: | CALLE 23 17B 18 | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 3207069325 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | CONTROLADORA | EPS: | Savia Salud |
| Responsable**: | JUAN CARLOS BOTERO (ESPOSO) | Teléfono: | 3122964104 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | Su capacidad visual es adecuada para la ocupación. |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación. |
| Espirometría computarizada: | Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a GLORIA BIBIANA MARIN PEREZ con documento de identificación No. 34065101 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de CONTROLADORA del sector económico Construccion

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Trigliceridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Paola Alvarez

Paula Andrea Álvarez Bohorquez
Médica yCirujana
Universidad de Antioquia
Res. 5-1586
Especialista en Seguridad yssalud en el trabajo
Universidad CES
Res. 96843



Indice der

GLORIA BIBIANA MARIN PEREZ
Documento: 34065101

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de

Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-11-18 Hora: 11:52

275

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

savia SALUD EPS

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 21 M M 11 2019 A A A A

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Marin | Segundo Apellido: Perez | Primer Nombre: Gloria | Segundo Nombre: Bibiana
7. Tipo de documento de identidad [ ]
8. Número de documento de identidad: 34065101
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D D 12 M M 09 A A 1983

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Sura
16. Administradora de pensiones: Protección
17. Número de afiliación EPS: B26116
18. Residencia: Dirección: C1 27 la 318
Teléfono fijo: 320206
Correo electrónico: el retiro
Zona: Urbana [ ] Rural [ ]
Localidad / Comuna
Municipio: ANTIOQUIA

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad [ ]
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A | Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 31. Discapacidad: Tipo F | N | M | Condición T | P | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | |

savia SALUD EPS
21 NOV 2019
JAC305
Cuch

### Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| Cot. | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

35. Nombre o razón social: INGEVIAS SAS
36. Tipo de documento de identificación [ ]
37. Número de identificación: 800029899
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Dirección: CALLE 6 SUR 38 15
Teléfono: 4485587
Correo electrónico
Municipio: MEDELLIN
Departamento: ANTIOQUIA

## B. REPORTE DE NOVEDADES

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad [ ]
Número de documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha: D D 21 M M 11 2019 A A
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

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

## IX. ANEXOS

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad [ ]
Número de documento de identidad
OBSERVACIONES:
71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud
VIGILADO Supersubsidio

ARL | sura

Medellín, 19 de noviembre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6,96 % | | |
| C34065101 | MARIN PEREZ GLORIA BIBIANA | 20/11/2019 | | 248gk202 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2019 15:30:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MARIN PEREZ GLORIA BIBIANA** identificado(a) con **CC** número **34.065.101** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de septiembre de 2019 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 09 de diciembre de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ıdor | 800029899 | **Empleador** | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| ɔración | 2019-11-21 08:31 a.m. | | |
| le | 2019-11-21 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-11-21 23:59 p.m. |

comfama

**le trabajador dependiente**

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 34065101 | MARIN | PEREZ | GLORIA | BIBIANA | 22.07.1983 | Femenino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 20.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 21.11.2019 |

**le personas a cargo**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**le Conyuges**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ón de datos de residencia de trabajador**

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**abajadores dependientes**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ersonas a cargo**

| umento | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

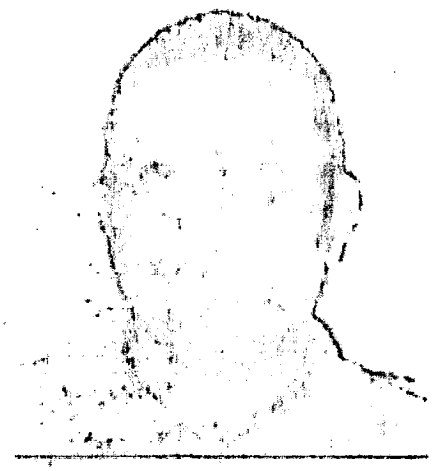
**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **71.185.729**

**OSORIO SIERRA**
APELLIDOS

**LUIS HERNANDO**
NOMBRES

Luis Hernando Osorios
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUN-1967**
**DABEIBA**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.63** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**27-AGO-1985 PUERTO BERRIO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0100100-00021983-M-0071185729-20030711 0000938669A 1 2080011370

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2018-11-27

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | Actividad económica: | CONSTRUCCION |
| Nombre: | LUIS HERNANDO OSORIO SIERRA | Documento: | CC 71185729 |
| Fecha de nacimiento: | 1967-06-22 | Lugar de nacimiento: | Medellin (Antioquia) |
| Edad: | 51 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Casado | No. hijos vivos: | 3 |
| Dirección actual: | cra 37 n 104 42 | Municipio: | MEDELLIN |
| Teléfono: | 3218102075 | Escolaridad: | Secundaria_incompleta |
| Ocupación: | TECNICO MECANICO NIVEL C | EPS: | Nueva EPS |
| Responsable**: | LUZ ESTELA MARIN (COMPAÑERA) | Teléfono: | 3218102075 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LUIS HERNANDO OSORIO SIERRA con documento de identificación No. 71185729 se considera es satisfactorio

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su patología visual por Optómetra de manera anual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ES SATISFACTORIO

## OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES POR EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO DE MANERA EXTRAMURAL: El Examen Médico Ocupacional fue realizado en las instalaciones de la Empresa, en un área adecuada para ello y cumpliendo con las condiciones mínimas que garanticen la seguridad y privacidad del evaluado.

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL HEMATOLÓGICO: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados:- Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Trigliceridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

PRUEBA COMPLEMENTARIA DE ELECTROCARDIOGRAMA (EKG) BASAL PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CARDIOVASCULAR: El trazado electrocardiográfico evaluado es de apariencia normal.

CONSIDERACION A TENER EN CUENTA EN TRABAJOS DE ALTURAS: trabajador refiere temor a alturas iguales o superiores a 10 pisos de alturas, por lo tanto se certifica en alturas condicionadas para no eponerse a alturas similares o superiores a lo antes escrito

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CINDY DAYANA JARAMILLO JIMENEZ
Médico
Corporación Universitaria Remington
Resolución Nº 5-5766-11
Eps. en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad CES
Licencia Nº 60080732

Luis H do Osorio.

LUIS HERNANDO OSORIO SIERRA
Documento: 71185729

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Calle 50 No. 46-36 Edificio Furatena piso 14 Medellín - Colombia** **PBX: 5 100 500**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por: personal.ingevias
Fecha: 2019-12-06 Hora: 11:57

**Pagado: 22/10/2019** **Empresa NI800029899 INGEVIAS S A S** **Planilla Nro: 41777856** **Periodo Cotización: septiembre de 2019** **Periodo Servicio: octubre de 2019**

**TALLE DEL APORTANTE**

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ción | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 2 | RAFAEL ALBERTO CORPAS UPARELA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.427.548 | $ 228.500 | (ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER | $ 1.427.548 | $ 57.200 | 6,960 | $ 1.427.548 | $ 99.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.427.548 | $ 57.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 442.300 |
| 7 | ARMANDO GABRIEL LORA CABRALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 987.155 | $ 158.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 987.155 | $ 39.500 | 6,960 | $ 987.155 | $ 68.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 987.155 | $ 39.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 305.800 |
| 993 | VICTOR MANUEL BAUTISTA CAPERA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 9 | 9 | 9 | 9 | (230301) PORVENIR | $ 430.070 | $ 68.900 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 430.070 | $ 17.300 | 6,960 | $ 430.070 | $ 30.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 511.984 | $ 20.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 136.700 |
| 497 | DIEGO ALEJANDRO RESTREPO GALEANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.342.844 | $ 214.900 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.342.844 | $ 53.800 | 6,960 | $ 1.342.844 | $ 93.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.342.844 | $ 53.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 416.000 |
| 308 | IVAN ANTONIO CANO GARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 925.698 | $ 148.200 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 925.698 | $ 37.100 | 6,960 | $ 925.698 | $ 64.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 925.698 | $ 37.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 286.900 |
| 479 | JEOVANNY ALEXANDER MENDOZA ARENAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.467.353 | $ 234.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.467.353 | $ 58.700 | 6,960 | $ 1.467.353 | $ 102.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.467.353 | $ 58.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 454.400 |
| 918 | ANDERSSON ARBELAEZ NARANJO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| 3 | JORGE ISAAC GARCIA MORENO | 01 | 00 | | | | | | | | | | A | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.779.687 | $ 284.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.779.687 | $ 71.200 | 6,960 | $ 1.779.687 | $ 123.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.779.687 | $ 71.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 551.100 |
| 3 | CIPRIANO ROMAÑA ASPRILLA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.271.323 | $ 203.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.271.323 | $ 50.900 | 6,960 | $ 1.271.323 | $ 88.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.271.323 | $ 50.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 393.800 |
| 1 | CONRADO ANTONIO TORRES JERRIO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 1 | NICOLAS ENRIQUE ZAPATA MESA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.755.834 | $ 281.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.755.834 | $ 70.300 | 6,960 | $ 1.755.834 | $ 122.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.755.834 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 543.900 |
| 1 | DIDIMO MANUEL LOPEZ JARABA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 376.041 | $ 60.200 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 376.041 | $ 15.100 | 6,960 | $ 376.041 | $ 26.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.511.151 | $ 60.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.000 |
| 8 | JOSE TIBERIO LARGO PESCADOR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.666.383 | $ 266.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.666.383 | $ 66.700 | 6,960 | $ 1.666.383 | $ 116.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.666.383 | $ 66.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 516.100 |
| 8 | ARISTIDES BORRERO CIFUENTES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.642.738 | $ 262.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.642.738 | $ 65.800 | 6,960 | $ 1.642.738 | $ 114.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.642.738 | $ 65.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 508.900 |
| 7 | SANTIAGO CORDOBA VALENCIA | 01 | 01 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 30 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (MIN001) ADRES (MIN001) antes FOSYGA | $ 1.981.049 | $ 79.300 | 6,960 | $ 1.981.049 | $ 137.900 | (CCF32) COMFAMILIAR HUILA | $ 1.981.049 | $ 79.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 296.500 |
| | LUIS EMILIO GARCIA TUBERQUIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.052.629 | $ 168.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.052.629 | $ 42.200 | 6,960 | $ 1.052.629 | $ 73.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.052.629 | $ 42.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 326.200 |
| 2 | ELIANA MARIA GRISALES CANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| 2 | ELIANA MARIA GRISALES CANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 40.000 | $ 6.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 40.000 | $ 1.600 | 0,000 | $ 40.000 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 40.000 | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.600 |
| | PABLO CHAVERRA ROBLEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 26 | 26 | 26 | 26 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.558.768 | $ 249.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.558.768 | $ 62.400 | 6,960 | $ 1.558.768 | $ 108.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.558.768 | $ 62.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 462.800 |
| | PABLO CHAVERRA ROBLEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (25-14) COLPENSIONES | $ 221.692 | $ 35.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 221.692 | $ 8.900 | 0,000 | $ 221.692 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 193.311 | $ 7.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 52.200 |
| 6 | IVONNE OLIVIA PATIÑO RODRIGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.701.000 | $ 432.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.701.000 | $ 108.100 | 6,960 | $ 2.701.000 | $ 188.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.701.000 | $ 108.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 836.400 |
| | RAFAEL ANTONIO SANDOVAL MONROY | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.496.851 | $ 239.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.496.851 | $ 59.900 | 6,960 | $ 1.496.851 | $ 104.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.496.851 | $ 59.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.500 |
| 8 | JOSE IGNACIO GOMEZ ARBOLEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 4.816.613 | $ 818.900 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 4.816.613 | $ 192.700 | 6,960 | $ 4.816.613 | $ 335.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.816.613 | $ 192.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.539.600 |
| 0 | RODOLFO ANTONIO MORALES MORALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.364.156 | $ 218.300 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.364.156 | $ 54.600 | 6,960 | $ 1.364.156 | $ 95.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.364.156 | $ 54.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 422.500 |
| 8 | ORLEY VALENCIA GOMEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.367.231 | $ 218.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.367.231 | $ 54.700 | 6,960 | $ 1.367.231 | $ 95.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.367.231 | $ 54.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 423.400 |
| 3 | MAURICIO NIETO RODRIGUEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 14 | 14 | 14 | 14 | (230301) PORVENIR | $ 560.939 | $ 89.800 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 560.939 | $ 22.500 | 6,960 | $ 560.939 | $ 39.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 465.898 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 170.100 |
| 5 | RICARDO ALBERTO ALZATE LEDESMA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.535.135 | $ 245.700 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.535.135 | $ 61.500 | 6,960 | $ 1.535.135 | $ 106.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.535.135 | $ 61.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 475.600 |
| 5 | RODOLFO HERNANDEZ ZAPATA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.596.034 | $ 255.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.596.034 | $ 63.900 | 6,960 | $ 1.596.034 | $ 111.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.596.034 | $ 63.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 494.300 |
| 0 | NESTOR JAIME GUARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.014.489 | $ 162.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.014.489 | $ 40.600 | 6,960 | $ 1.014.489 | $ 70.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.014.489 | $ 40.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 314.300 |
| 7 | NICOLAS ANTONIO ARIAS MUÑOZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.528.035 | $ 244.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.528.035 | $ 61.200 | 6,960 | $ 1.528.035 | $ 106.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.528.035 | $ 61.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 473.300 |
| 3 | DEIBER YOVANY LORZA ACEVEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.126.250 | $ 340.200 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.126.250 | $ 85.100 | 6,960 | $ 2.126.250 | $ 148.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.126.250 | $ 85.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 658.400 |
| 9 | [redacted] | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 963.000 | $ 154.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 963.000 | $ 38.600 | 6,960 | $ 963.000 | $ 67.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 963.000 | $ 38.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 298.400 |
| 6 | LEONARDO FABIO MARIN BLANDON | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 90.345 | $ 14.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 90.345 | $ 3.700 | 6,960 | $ 90.345 | $ 6.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 94.109 | $ 3.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 28.300 |
| 6 | JOHAN HEIBER HIGUITA GAVIRIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.550.019 | $ 248.100 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.550.019 | $ 62.100 | 6,960 | $ 1.550.019 | $ 107.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.550.019 | $ 62.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 480.200 |
| 0 | DANIEL EDGAR GIRALDO MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.139.215 | $ 182.300 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.139.215 | $ 45.600 | 6,960 | $ 1.139.215 | $ 79.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.139.215 | $ 45.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 352.800 |
| 7 | IVAN ALBERTO PEÑA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.992.842 | $ 318.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.992.842 | $ 79.800 | 6,960 | $ 1.992.842 | $ 138.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.992.842 | $ 79.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 617.300 |
| 9 | CONRADO DE JESUS ARANGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.320.010 | $ 211.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.320.010 | $ 52.900 | 6,960 | $ 1.320.010 | $ 91.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.320.010 | $ 52.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 409.000 |
| 0 | HECTOR GOMEZ QUINCHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 10 | 10 | 10 | 10 | (25-14) COLPENSIONES | $ 290.374 | $ 46.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 290.374 | $ 11.700 | 0,000 | $ 290.374 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 290.374 | $ 11.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 69.900 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellin: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

**Pagado: 22/10/2019** | **Empresa NI800029899 INGEVIAS S A S** | **Planilla Nro: 41777856** | **Periodo Cotización: septiembre de 2019** | **Periodo Servicio: octubre de 2019**

## TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 10 | HECTOR GOMEZ QUINCHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.363.468 | $ 218.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.363.468 | $ 54.600 | 6,960 | $ 1.363.468 | $ 94.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.363.468 | $ 54.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 422.300 |
| 10 | JOHN MARIO LONDOÑO DAVID | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.868.634 | $ 299.000 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.868.634 | $ 74.800 | 6,960 | $ 1.868.634 | $ 130.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.868.634 | $ 74.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 578.700 |
| 13 | WILDER PEREZ SEPULVEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.313.245 | $ 210.200 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.313.245 | $ 52.600 | 6,960 | $ 1.313.245 | $ 91.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.313.245 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 406.900 |
| 16 | FERNANDO DE JESUS CATAÑO MORALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.530.375 | $ 244.900 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 1.530.375 | $ 61.300 | 6,960 | $ 1.530.375 | $ 106.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.530.375 | $ 61.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 474.100 |
| | JAIRO ANTONIO SOSA TORRES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.048.374 | $ 167.800 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.048.374 | $ 42.000 | 6,960 | $ 1.048.374 | $ 73.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.048.374 | $ 42.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.800 |
| | UBIEL ANTONIO RENTERIA MOSQUERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.751.680 | $ 280.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.751.680 | $ 70.100 | 6,960 | $ 1.751.680 | $ 122.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.751.680 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 542.500 |
| | DELFIN DE JESUS MONTOYA VALENCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 23 | 23 | 23 | 23 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.260.775 | $ 201.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.260.775 | $ 50.500 | 6,960 | $ 1.260.775 | $ 87.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.260.775 | $ 50.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 390.600 |
| | DELFIN DE JESUS MONTOYA VALENCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | (25-14) COLPENSIONES | $ 305.241 | $ 48.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 305.241 | $ 12.300 | 0,000 | $ 305.241 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 305.241 | $ 12.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 73.500 |
| | LEON ANDRES HENAO BOTERO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 19 | 19 | 19 | 19 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.036.240 | $ 165.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.036.240 | $ 41.500 | 6,960 | $ 1.036.240 | $ 72.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.036.240 | $ 41.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 321.000 |
| | JABITH JAIR CASTILLO TORRES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 2.143.750 | $ 343.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 2.143.750 | $ 85.800 | 6,960 | $ 2.143.750 | $ 149.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.143.750 | $ 85.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 663.900 |
| 4 | JORGE ALEXANDER MARIN VERGARA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.288.848 | $ 206.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.288.848 | $ 51.600 | 6,960 | $ 1.288.848 | $ 89.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.288.848 | $ 51.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 399.300 |
| 2 | RICARDO ANTONIO ARROYAVE BETANCUR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.182.949 | $ 189.300 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 1.182.949 | $ 47.400 | 6,960 | $ 1.182.949 | $ 82.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.182.949 | $ 47.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 366.500 |
| 7 | JOSE ALBERTO PARRA AGUDELO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.670.237 | $ 267.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.670.237 | $ 66.900 | 6,960 | $ 1.670.237 | $ 116.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.670.237 | $ 66.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 517.400 |
| 5 | RAUL MIGUEL MARTINEZ GASPAR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.622.394 | $ 259.600 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.622.394 | $ 64.900 | 6,960 | $ 1.622.394 | $ 113.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.622.394 | $ 64.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 502.400 |
| 3 | NELSON ALBERTO POSADA TABORDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.183.009 | $ 189.300 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.183.009 | $ 47.400 | 6,960 | $ 1.183.009 | $ 82.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.183.009 | $ 47.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 366.500 |
| 5 | WILSON LEON RESTREPO LOAIZA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.013.436 | $ 322.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.013.436 | $ 80.600 | 6,960 | $ 2.013.436 | $ 140.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.013.436 | $ 80.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 623.600 |
| 0 | YOBAN ALBERTO FLOREZ VELEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.441.937 | $ 230.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.441.937 | $ 57.700 | 6,960 | $ 1.441.937 | $ 100.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.441.937 | $ 57.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 446.600 |
| 1 | BENONI ANDREY GIRALDO ZAPATA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 17 | 17 | 17 | 17 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.232.830 | $ 197.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.232.830 | $ 49.400 | 6,960 | $ 1.232.830 | $ 85.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.331.037 | $ 173.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 505.900 |

## TOTALES

| IC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 102 730 310 | $ 104 711 359 | $ 104 711 359 | $ 109 058 515 | $ 16 523 300 | $ 4 192 400 | $ 7 221 200 | $ 4 366 100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 32 303 000 | $ 0 | $ 32 303 000 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-10-23, 07:36:27 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 41777856

**Periodo Cotización:** septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** octubre de 2019

## PAGADO 22/10/2019

### TOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| n Social | INGEVIAS S A S | Nombre Sucursal | MAQUINARIA 2019 | Código Sucursal | 20101 |
| mento | NI800029899 | Dirección | CARRERA 38 5 SUR 65 | | |
| de Empresa | EMPLEADOR | Teléfono | 4485587 | | |
| Persona | JURÍDICA | Forma Presentación | SUCURSAL | | |
| id | MEDELLIN | Departamento | ANTIOQUIA | | |
| sentante Legal | RIVERA PALACIO JUAN SEBASTIAN | Identificación | CC 98669937 | | |
| Afiliados | 70 | ARP | ARL SURA | | |

### TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ción | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 910 | YHONY ALEXANDER ZAPATA ORLAS | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 14 | 14 | 14 | 14 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 421.608 | $ 67.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 421.608 | $ 16.900 | 6,960 | $ 421.608 | $ 29.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 421.608 | $ 16.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 130.700 |
| 454 | JOSE SAMIR BLANQUICET CASTILLO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.880.359 | $ 300.900 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.880.359 | $ 75.300 | 6,960 | $ 1.880.359 | $ 130.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.880.359 | $ 75.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 582.400 |
| 481 | EVER JOSE JARABA RENTERIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.831.510 | $ 293.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.831.510 | $ 73.300 | 6,960 | $ 1.831.510 | $ 127.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.831.510 | $ 73.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 567.200 |
| 180 | WILSON JAVIER RESTREPO CHALARCA | 01 | 00 | | | | | | | | X | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.709.324 | $ 273.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.709.324 | $ 68.400 | 6,960 | $ 1.709.324 | $ 119.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.709.324 | $ 68.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 529.300 |
| 549 | SANDRA MARCELA OSORIO MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 151.583 | $ 24.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 151.583 | $ 6.100 | 0,000 | $ 151.583 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 151.583 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 36.500 |
| 549 | SANDRA MARCELA OSORIO MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 25 | 25 | 25 | 25 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 757.917 | $ 121.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 757.917 | $ 30.400 | 6,960 | $ 757.917 | $ 52.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 909.500 | $ 36.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240.900 |
| 367 | VICTOR DAVID ARBOLEDA PIEDRAHITA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.046.445 | $ 167.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.046.445 | $ 41.900 | 6,960 | $ 1.046.445 | $ 72.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.046.445 | $ 41.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.200 |
| 092 | GUSTAVO HERNANDO CHICA MEJIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 3.500.000 | $ 595.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 3.500.000 | $ 140.000 | 6,960 | $ 3.500.000 | $ 243.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.500.000 | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.118.600 |
| 571 | MAURICIO ANDRES RODRIGUEZ URREGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.046.445 | $ 167.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.046.445 | $ 41.900 | 6,960 | $ 1.046.445 | $ 72.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.046.445 | $ 41.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.200 |
| 538 | LUIS GUILLERMO MONTOYA ESTRADA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.437.356 | $ 230.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.437.356 | $ 57.500 | 6,960 | $ 1.437.356 | $ 100.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.437.356 | $ 57.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 445.100 |
| 629 | JOSE LIBARDO MACIAS MARTINEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.821.735 | $ 291.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.821.735 | $ 72.900 | 6,960 | $ 1.821.735 | $ 126.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.821.735 | $ 72.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 564.100 |
| 910 | HECTOR DE JESUS GONZALEZ CORRALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 2.113.096 | $ 338.100 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.113.096 | $ 84.600 | 6,960 | $ 2.113.096 | $ 147.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.113.096 | $ 84.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 654.400 |
| 801 | DAVID MURILLO SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| 614 | SEBASTIAN CAMILO GOMEZ JARAMILLO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.099.141 | $ 175.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.099.141 | $ 44.000 | 6,960 | $ 1.099.141 | $ 76.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.099.141 | $ 44.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 340.500 |
| 513 | HERNAN DARIO DIAZ RODRIGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.663.159 | $ 266.200 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.663.159 | $ 66.600 | 6,960 | $ 1.663.159 | $ 115.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.663.159 | $ 66.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 515.200 |
| 776 | LIBARDO ANTONIO PERTUZ BERNAL | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.136.667 | $ 181.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.136.667 | $ 45.500 | 6,960 | $ 1.136.667 | $ 79.200 | (CCF41) COMFASUCRE | $ 1.136.667 | $ 45.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 352.100 |
| 494 | JORGE ENRIQUE MARQUEZ GUZMAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.811.770 | $ 289.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.811.770 | $ 72.500 | 6,960 | $ 1.811.770 | $ 126.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.811.770 | $ 72.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 561.000 |
| 841 | FELIPE MIGUEL ESCOBAR MACHADO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.822.188 | $ 291.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.822.188 | $ 72.900 | 6,960 | $ 1.822.188 | $ 126.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.822.188 | $ 72.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 564.300 |
| 720 | HERNAN MANUEL VARGAS ALCAZAR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.636.168 | $ 261.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.636.168 | $ 65.500 | 6,960 | $ 1.636.168 | $ 113.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.636.168 | $ 65.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 506.700 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

285

OMEGA
PERSONAL

1.01 2.205.654
ORTEGA AGUIRRE

ALEJANDRO

ORTEGA Aguirre Alejandro



INDICE DERECHO

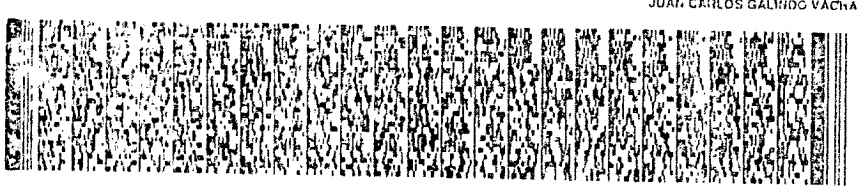
FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1997

SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-ENE-2016 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



I-1022205654-20160216 0048380350A 1 44573172

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-11-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | ALEJANDRO OROZCO AGUIRRE | Documento: | CC 1002205654 |
| Fecha de nacimiento: | 1997-12-24 | Lugar de nacimiento: | SONSON (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 21 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | CLL 18 24 - 38 | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 3006733412 | Escolaridad: | Secundaria_incompleta |
| Ocupación: | AYUDANTE | EPS: | Savia Salud |
| Responsable**: | MARIELA OROZCO (MADRE) | Teléfono: | 3136039287 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ALEJANDRO OROZCO AGUIRRE con documento de identificación No. 1002205654 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Construccion

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Trigliceridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

MARÍA ISABEL DOMÍNGUEZ VÁSQUEZ
Médica Cirujana
UNIVERSIDAD DE CALDAS
Registro médico 76-0846
Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional
Universidad Santiago de Cali
RES 1540

Alejandro Orozco

ALEJANDRO OROZCO AGUIRRE
Documento: 1002205654



Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de

Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-11-18 Hora: 11:50

288

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

savia SALUD EPS

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 21 11 2019

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación<br>B. Reporte de Novedades | A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia<br>• Beneficiario o afiliado adicional<br>B. Colectiva<br>C. Institucional<br>D. De oficio | A. Contributivo<br>B. Subsidiado | A. Cotizante<br>B. Cabeza de familia<br>C. Beneficiario | A. Dependiente<br>B. Independiente<br>C. Pensionado | 1 |

## A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Oyarco | Agudelo | Alejandro | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo: Femenino / Masculino | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1002205654 | M | 24/12/1997 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo (F, N, M) / Condición (T, P) | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SURA | COLPENSIONES |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|
| 828616 | Cl 27 17B 18 | | 3006233412 |
| Correo electrónico | Barrio: Retiro / Zona: Urbana / Rural | Localidad / Comuna | Municipio / Distrito: ANTIOQUIA |

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

| 19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino / Masculino | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 31. Discapacidad: Tipo (F, N, M) | Condición (T, P) | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

savia SALUD EPS
21 NOV 2019
AC905
Ciclo

### Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| Cat. | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

| 35. Nombre o Razón Social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| INGEVIAS SAS | | 800029899 | |

| 39. Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 6 SUR 38 15 | 4485587 | | MEDELLIN | ANTIOQUIA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 21/11/2019 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no retención del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒

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

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

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

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, tesorero o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio |
|---|---|
| Alejandro Agudelo | |

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐

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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | |

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 20 de noviembre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C100220565 4 | OROZCO AGUIRRE ALEJANDRO | 21/11/2019 | | 41vk23Y2 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/11/2019 14:14:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

290

Colfondos®
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ALEJANDRO OROZCO AGUIRRE identificado(a) con C.C No. 1.002.205.654, 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 09 de diciembre del 2019.

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 contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ıdor | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| ɜración | 2019-11-21 08:14 a.m. | | |
| ıe | 2019-11-21 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-21 23:59 p.m. |

comfama

**le trabajador dependiente**

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1002205654 | OROZCO | AGUIRRE | ALEJANDRO | | 24.12.1997 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 21.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 21.11.2019 |

**le personas a cargo**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**le Conyuges**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ón de datos de residencia de trabajador**

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**abajadores dependientes**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ersonas a cargo**

| umento | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ayudante 292



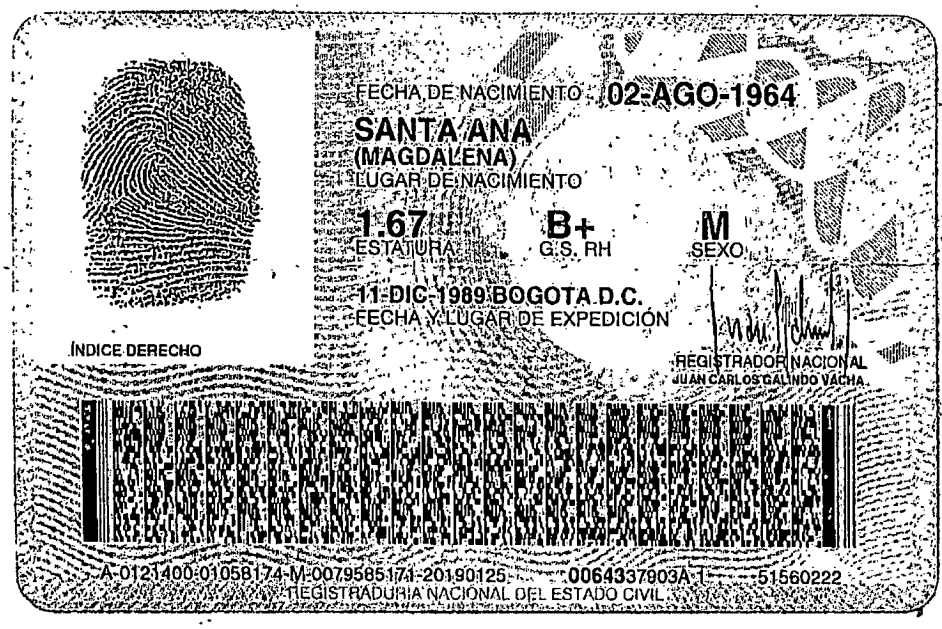
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.585.171

ALVAREZ MARQUEZ
APELLIDOS

MIGUEL ANGEL
NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-1964

SANTA ANA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

11-DIC-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0121400-01058174-M-0079585171-20190125 0064337903A 1 51560222
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Certificado medico MIGUEL ANGEL ALVAREZ MARQUEZ

Nueva EPS Protección

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-10-21

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | MIGUEL ANGEL ALVAREZ MARQUEZ | Documento: | CC 79585171 |
| Fecha de nacimiento: | 1964-08-02 | Lugar de nacimiento: | SANTA ANA (MAGDALENA) |
| Edad: | 55 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Union_libre | No. hijos vivos: | 1 |
| Dirección actual: | CALLE 25 19A-17 | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 3216053289 | Escolaridad: | Primaria_incompleta |
| Ocupación: | CELADOR | EPS: | Nueva EPS |
| Responsable**: | ROBERTO ALVAREZ (HERMANO) | Teléfono: | 3216053289 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | Su capacidad visual es deficiente pero no le genera restricciones para la ocupación. Requiere ser corregida.. |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación. |
| Espirometría computarizada: | NO REALIZADA. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a MIGUEL ANGEL ALVAREZ MARQUEZ con documento de identificación No. 79585171 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de CELADOR del sector económico Construccion

## CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1.Cumplir con las normas de seguridad y salud relacionadas con el trabajo en la empresa
2. Uso correcto de los elementos de protección personal

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su defecto de refracción por Optómetra.
2. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su patología conjuntival.
3. Solicite en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su alteración metabólica de los lípidos por Médico y Dietética y nutrición.
4. Se le recomienda solicitar en su entidad de salud, evaluación por desviacion de columna dorso lumbar. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
5. Tenga en cuenta los peligros de fumar para su salud, la de aquellos que le rodean y defina la conveniencia de dejar de fumar, del todo.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

PRUEBA COMPLEMENTARIA DE ELECTROCARDIOGRAMA (EKG) BASAL PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CARDIOVASCULAR: El trazado electrocardiográfico evaluado es de apariencia normal.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR DEFICIENCIA VISUAL: Presenta un déficit visual no corregido actualmente. Se recomienda que se tramite la corrección de su déficit en su entidad de salud, para evitar la astenopia (cansancio visual) que eventualmente puede generar un riesgo aumentado de accidentalidad y disminución del rendimiento laboral.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR ALTERACION FUNCIONAL DE LA CURVATURA DE LA COLUMNA: Presenta una alteración de la curvatura normal de la columna que no le genera restricciones para desempeñar las actividades de su ocupación. Esto es probablemente la consecuencia de una inadecuada postura durante tiempos prolongados.

Para efectos de la comprension y atencion efectiva de señales y normas de seguridad industrial en el desarrollo de su tareas, se debe tener en cuenta su condición de Analfabeta, lo que eventualmente pudiera incidir en la seguridad laboral en tareas de alto riesgo.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Luis Fernando Caballero Riberos
Médico y Cirujano U de A. REG. 6288
Médico Especialista en Medicina Laboral y del Trabajo U CES LIC 0108842



Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

MIGUEL ANGEL ALVAREZ MARQUEZ
Documento: 79585171

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-10-21 Hora: 16:02

ARL | sura

Medellín, 24 de octubre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C79585171 | ALVAREZ MARQUEZ MIGUEL ANGEL | 25/10/2019 | | 181bN209 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/10/2019 15:52:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

296

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 25/10/2019, el empleador INGEVIAS S.A.S identificado con NIT número 800029899 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2193787 | 25/10/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 79585171 | MIGUEL ANGEL ALVAREZ MARQUEZ | 828116 | CELADOR | 2019-10-25 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Octubre del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

298

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **ALVAREZ MARQUEZ MIGUEL ANGEL** identificado(a) con **CC** número **79.585.171** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de marzo de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de octubre de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

2019102415431

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NIT Empleador | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| Fecha generación | 2019-10-25 13:54 p.m. | | |
| Fecha desde | 2019-10-25 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-10-25 23:59 p.m. |

comfama

**Afiliación de trabajador dependiente**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 79585171 | ALVAREZ | MARQUEZ | MIGUEL | ANGEL | 02.08.1964 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 25.10.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 25.10.2019 |

**Afiliación de personas a cargo**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Afiliación de Conyuges**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Actualización de datos de residencia de trabajador**

| Tipo documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de trabajadores dependientes**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de personas a cargo**

| Tipo documento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.040.046.521

CALLE GIL

APELLIDOS

IVAN DARIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1995

LA CEJA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 | B+ | M

ESTATURA | G.S. RH | SEXO

22-NOV-2013 LA CEJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0116300-00527939-M-1040046521-20131219 0036284284A 1 40969211

2019

Certificado medico IVAN DARIO CALLE GIL

Sura
Colpensiones

# COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

## CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-10-21

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | IVAN DARIO CALLE GIL | Documento: | CC 1040046521 |
| Fecha de nacimiento: | 1995-11-02 | Lugar de nacimiento: | LA CEJA (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 24 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | VRDA LA AMAPOLA | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 3104335914 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | AYUDANTE | EPS: | Sura |
| Responsable**: | LUZ AMANDA GIL (MADRE ) | Teléfono: | 3117840163 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

● No presenta carnet de vacunación para revisión.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

### CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a IVAN DARIO CALLE GIL con documento de identificación No. 1040046521 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Construccion

### RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicite en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su alteración del peso por Nutricionista. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

### CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

### OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Mónica Alejandra Torres Cárdenas
Médico y Cirujano
Escuela de medicina CORPAS
Res: 73-563 de 2002
Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Universidad Manuela Beltran
R

IVAN CALLE GIL
IVAN DARIO CALLE GIL
Documento: 1040046521

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

# Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

EPS | sura

**Número de Solicitud** 6l_2110

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

| **Reingreso 1** | |
|---|---|
| **Empleador** | NI 800029899 INGENIERIA Y VIAS S.A.S |
| **Afiliado** | CC 1040046521 IVAN DARIO CALLE GIL |
| **Tipo de trabajador** | 1 Dependiente |
| **Salario Base** | $ 828,116 |
| **Cargo** | OTRO |
| **Sucursal** | MEDELLIN CL 6 SUR # 38 15 |
| **Fecha de ingreso** | 25/10/2019 |
| **Fecha de radicación** | 25/10/2019 12:08:21 p.m. |
| **Código de Transacción** | 96250387 |
| **Resultado del Reingreso 1** | |
| **Novedad aplicada con éxito** | El período de inicio de pago es 11/2019 |

Fecha de generación 25/10/2019

ARL | sura

Medellín, 24 de octubre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: 6,96 % | |
| C104004652 1 | CALLE GIL IVAN DARIO | 25/10/2019 | | 232c92h3 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/10/2019 15:56:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **IVAN DARIO CALLE GIL** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1040046521,** se encuentra afiliado (a) desde **30/05/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de octubre de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NIT Empleador** | 800029899 | **Empleador** | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| **Fecha generación** | 2019-10-25 12:12 p.m. | | |
| **Fecha desde** | 2019-10-25 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-10-25 23:59 p.m. |

comfama

**Afiliación de trabajador dependiente**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 1040046521 | CALLE | GIL | IVAN | DARIO | 02.11.1995 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 25.10.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 25.10.2019 |

**Afiliación de personas a cargo**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Afiliación de Conyugues**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Actualización de datos de residencia de trabajador**

| Tipo documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de trabajadores dependientes**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de personas a cargo**

| Tipo documento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

304

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.654.115

MARTINEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS

LUIS MIGUEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1990

MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

08-SEP-2016 MOMPOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0504300-00871553-M-1051654115-20161214 0052639450A 2 46068986

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-11-08

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | LUIS MIGUEL MARTINEZ RODRIGUEZ | Documento: | CC 1051654115 |
| Fecha de nacimiento: | 1990-11-21 | Lugar de nacimiento: | MOMPOS (BOLIVAR) |
| Edad: | 29 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CALLE 78D 53 41 | Municipio: | MEDELLIN |
| Teléfono: | 3197444940 | Escolaridad: | Secundaria_incompleta |
| Ocupación: | AYUDANTE | EPS: | Salud Total |
| Responsable**: | LEIBY VARGAS (PAREJA) | Teléfono: | 3023517971 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LUIS MIGUEL MARTINEZ RODRIGUEZ con documento de identificación No. 1051654115 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Tenga en cuenta los peligros de fumar para su salud, la de aquellos que le rodean y defina la conveniencia de dejar de fumar, del todo. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados:- Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

Trabajador con bajo peso, condición que podría constituir una restricción relativa para estas tareas y que debe ser verificado por la Empresa, frente al tipo de elementos de protección contra caídas de que dispone, su capacidad de amortiguación y en especial, los pesos mínimos requeridos para su activación, de acuerdo con lo definido por el fabricante de cada elemento de protección personal.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Luis Fernando Caballero Riberos
Médico y Cirujano U de A. REG. 6288
Médico Especialista en Medicina Laboral y del Trabajo U CES LIC 0108842

Indice der
LUIS MIGUEL MARTINEZ RODRIGUEZ
Documento: 1051654115

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**SaludTotal** EPS S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4004405875 | 1\|3\|1\|1\|2\|0\|1\|9 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

| 1.Tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | 3.Regimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ | -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ |

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ (Primer apellido) | RODRIGUEZ (Segundo apellido) | LUIS (Primer nombre) | MIGUEL (Segundo nombre) |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 1051654115 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 2\|1\|1\|1\|1\|9\|9\|0 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos pertenencias

| 11.Etnia | 12.Discapacidad | | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|---|
| 6 | Tipo F M I | Condicion T P | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S A | PROTECCION | 828119 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 78D 53 41 | | 3112342323 | SINYU87@GMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | zona | Localidad / comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| MEDELLIN | Urbana ☒ Rural ☐ | | ANTIOQUIA |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos basicos de identificacion del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| **20. Tipo documento de identidad** | **21. Numero documento identidad** | **22. Sexo** | **23. Fecha de nacimiento** |
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | |

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

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

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

Datos complementarios

| | 29.Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F | M | Condición I | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

**32. Datos de residencia**

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institucion Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS FLORIDA - VS FLORIDA | VSFLORIDA - VSFLORIDA |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA/INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de identificación | 37. Numero de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| INGEVIAS LTDA | NIT | 800025825 | 01 |

| 39.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 38 NO 5 SUR 65 (Dirección) | 4485587 (Telefono) | SHIRLEY ROJAS@INGEVIAS.COM (Correo electronico) | MEDELLIN (Municipio/distrito) | ANTIOQUIA (Departamento) |

309

| No de Radicacion |
|---|
| 4004405875 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. 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. Reinscripcion en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad ☐ A Régimen Contributivo ☐ B Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado ☐ A Mismo régimen ☐ B Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de la identificación**

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

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | 1\|3\|1\|1\|2\|0\|1\|9 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código: | 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

| 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 56. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

☐ 58. Anexo Copia del documento de identidad CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total 0

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN Número ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

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

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

Observaciones

**Recuerde que 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.**

ARL | sura

Medellín, 08 de noviembre de 2019

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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentre EN COBERTURA.

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

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código [illegible] transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | 0000C00055 FI RETIRO | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 0,96 % |
| 3195165411 5 | MARTINEZ RODRIGUEZ LUIS MIGUEL | 12/11/2019 | | 254b2542 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/11/2019 10:27:17

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de pago.

Dirección IP: 181.143.38.176, 172.16.42.37

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MARTINEZ RODRIGUEZ LUIS MIGUEL** identificado(a) con **CC** número **1.051.654.115** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de octubre de 2016 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 09 de diciembre de 2019.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

312

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NIT Empleador | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S A S |
| Fecha generacion | 2019-11-12 14:57 p.m. | | |
| Fecha desde | 2019-11-12 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-12 23:59 p.m. |

comfama

**Afiliación de trabajador dependiente**

| Tipo documento | Numero documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Genero | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas dia | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 1051654115 | MARTINEZ | RODRIGUEZ | URIE | MIGUEL | 21.11.1990 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 12.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 12.11.2019 |

**Afiliación de personas a cargo**

| Tipo documento | Numero documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Genero | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institucion educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Afiliación de Conyuges**

| Tipo documento | Numero documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Genero | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Actualización de datos de residencia de trabajador**

| Tipo documento | Numero documento | Direccion | Departamento | Ciudad | Telefono fijo | Celular | Correo electronico | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de trabajadores dependientes**

| Tipo documento | Numero documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de personas a cargo**

| Tipo documento | Numero documento | Tipo documento PAC | Numero documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo de retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.037.642.433

ZAPATA JARAMILLO

APELLIDOS

OSCAR JULIAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1995

GUARNE
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-MAY-2013 ENVIGADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0112100-00915352-M-1037642433-20170623 0035956167A 1 48579469

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-10-30

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | OSCAR JULIAN ZAPATA JARAMILLO | Documento: | CC 1037642433 |
| Fecha de nacimiento: | 1995-05-12 | Lugar de nacimiento: | GUARNE (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 24 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | EL RETIRO | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 3226451622 | Escolaridad: | Primaria_completa |
| Ocupación: | AYUDANTE | EPS: | Savia Salud |
| Responsable**: | AMPARO SANTOS (VECINA ) | Teléfono: | 3207602755 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a OSCAR JULIAN ZAPATA JARAMILLO con documento de identificación No. 1037642433 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AYUDANTE del sector económico Construccion

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados:
- Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales;
- Trigliceridos: Dentro de valores límites normales;
- Colesterol total: Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

MARLON JULIÁN RÍOS BALLESTEROS
Médico General
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON
Resolución 5-0344-10
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad CES
Licencia. 296931

Indice der

OSCAR JULIAN ZAPATA JARAMILLO
Documento: 1037642433

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-10-30 Hora: 15:45

316

SALUD EPS

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS SAVIA SALUD EPS

OSCAR JULIAN ZAPATA JARAMILLO, identificado con CC 1037642433 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN** | CC 1037642433 |
| **APELLIDOS Y NOMBRES** | OSCAR JULIAN ZAPATA JARAMILLO |
| **FECHA DE INGRESO A SAVIA SALUD EPS** | 2019-10-22 |
| **SEMANAS DE AFILIACIÓN:** | 6 semanas con 3 días |
| **NIVEL SISBEN** | NIVEL 1 |
| **CIUDAD** | ENVIGADO |
| **REGIMEN** | Subsidiado |
| **ESTADO** | ACTIVO |
| **MODELO DE LIQUIDACION** | Capitado |
| **FECHA RETIRO** | |

El presente documento fue generado el 2019-12-06 09:43:27

ANTONIO NICOLÁS CRUZ RIAÑO
Director de Aseguramiento
Fecha de generación:

VIGILADO SUPERSALUD

ARL | sura

Medellín, 30 de octubre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6,96 % | | |
| C103764243 | ZAPATA JARAMILLO OSCAR JULIAN | 01/11/2019 | | 23213919 | DEPENDIENTE |
| 3 | | | | | |

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 30/10/2019 15:58:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

El futuro es de todos

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Documento **Cédula de Ciudadanía** número **1037642433,** *no está Registrado* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de diciembre de 2019.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

Informe Registro de novedades Comfama

| | | | |
|---|---|---|---|
| ıdor | 800029899 | Empleador | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| ɔración | 2019-11-01 15:40 p.m. | | |
| le | 2019-11-01 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-01 23:59 p.m. |

comfama

lo trabajador dependiente

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | Actividad | Fecha novedad |
| 1037642433 | ZAPATA | JARAMILLO | OSCAR | JULIAN | 12.05.1995 | Masculino | Soltero | Fijo | | 828116,00 | 8 | 240 | 01.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 01.11.2019 |

le personas a cargo

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | Documento cotizante | Fecha novedad |

le Conyuges

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Fecha nacimiento | Genero | Documento cotizante | Fecha novedad |

ón de datos de residencia de trabajador

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |

abajadores dependientes

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |

ersonas a cargo

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |

319

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.771.568

TORRES
APELLIDOS

STELLA MARIA
NOMBRES

Stella maria Torres
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1966
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

14-ENE-1985 ITAGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0112100-18125521-F-0042771568-20051118 07938 05322N 03 163911016

Certificado medico STELLA MARIA TORRES Nucua EPS Colpensiones

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-10-23

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S/EL RETIRO | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | STELLA MARIA TORRES | Documento: | CC 42771568 |
| Fecha de nacimiento: | 1966-07-12 | Lugar de nacimiento: | MEDELLIN (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 53 años | Género: | Femenino |
| Estado civil: | Union_libre | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CRA 43 46-13 | Municipio: | RETIRO |
| Teléfono: | 3233477828 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | CONTROLADORA DE TRAFICO | EPS: | Nueva EPS |
| Responsable**: | JORGE ELIECER (COMPAÑERO) | Teléfono: | 3215332132 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a STELLA MARIA TORRES con documento de identificación No. 42771568 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de CONTROLADORA DE TRAFICO del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados:
- Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales;
- Triglicéridos: Levemente elevados;
- Colesterol total: Levemente elevado;
- Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

CONSIDERACIONES ESPECIALES POR ALTERACION DE EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO: El examen de Colesterol Total y Lipoproteinas realizados muestran un valor aumentado, el cual no se asocia a vértigo y no le genera restricciones ocupacionales. Sinembargo, requiere ser evaluado integralmente por Médico y Dietética y Nutrición de su entidad de salud para establecer plan de manejo, ya que se asocia a un riesgo aumentado de ausentismo.

PRUEBA COMPLEMENTARIA DE ELECTROCARDIOGRAMA (EKG) BASAL PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA CARDIOVASCULAR: El trazado electrocardiográfico evaluado muestra leve enlentecimiento de la frecuencia cardiaca, con conduccion electrica normal.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

MARLON JULIÁN RÍOS BALLESTEROS
Médico General
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON
Resolución 5-0344-10
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad CES
Licencia. 296931

stellatorres

STELLA MARIA TORRES
Documento: 42771568



Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Cr. 50 No. 45-48 piso 2 Rionegro - Antioquia PBX: 444 06 55**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2019-10-24 Hora: 07:08

323

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/10/2019, el empleador INGEVIAS S.A.S identificado con NIT número 800029899 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

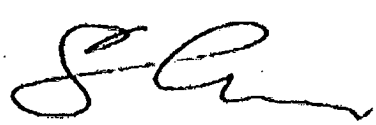
| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2195234 | 28/10/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 42771568 | STELLA MARIA TORRES | 828116 | CONTRALOR DE TRAFICO FERROVIARIO | 2019-10-28 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Octubre del año 2019.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

ARL | sura

Medellín, 24 de octubre de 2019

**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 INGENIERIA Y VIAS S.A.S que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000055 EL RETIRO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6,96 % | |
| C42771568 | TORRES STELLA MARIA | 28/10/2019 | | 64255221 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/10/2019 16:00:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.143.38.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **STELLA MARIA TORRES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **42771568**, se encuentra afiliado (a) desde **24/10/1990** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | MultivinculaciónDecreto 3995/2008 |
| Vinculación Inicial | 23 | COLPENSIONES | 05/07/1994 | Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en COLPENSIONES |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de octubre de 2019.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NIT Empleador** | 800029899 | **Empleador** | INGENIERIA Y VIAS S.A.S. |
| **Fecha generación** | 2019-10-28 07:51 a.m. | | |
| **Fecha desde** | 2019-10-28 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-10-28 23:59 p.m. |

comfama

**Afiliación de trabajador dependiente**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 42771568 | TORRES | | STELLA | MARIA | 12.07.1966 | Femenino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 28.10.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 28.10.2019 |

**Afiliación de personas a cargo**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Afiliación de Conyuges**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Actualización de datos de residencia de trabajador**

| Tipo documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de trabajadores dependientes**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de personas a cargo**

| Tipo documento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 11

# HOJAS DE VIDA PERSONAL SUB_ CONTRATISTA GADICA S.A.S.

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.040.183.387
SANCHEZ GARCIA
APELLIDOS
LUIS EDUARDO
NOMBRES

Luis Eduardo Sanchez G.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1996
RIONEGRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-MAR-2014 RETIRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

Cel= 300
Hard



## CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

Vida Laboral Salud IPS

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | | Fecha del Examen: | 20/11/2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | LUIS EDUARDO SANCHEZ GARCIA | | | | | | Genero: | MASCULINO |
| Lugar dey Fecha de Nacimiento: | RIONEGRO | | 25/03/1996 | Tipo de Identificacion: | Cedula de Ciudadania | | N° Identificacion: | 1040183387 |
| Edad: | 23 | Grupo RH: | O+ | Hijos: | 1 | | Estado Civil: | SOLTERO |
| Dirección Actual: | CALLE 26 N 19- 86 | | | Municipio: | RETIRO ANTIC | | Teléfono: | 0 |
| | | | | ARL: | SURA | | Cargo: | AYUDANTE |

**2. DATOS DE LA EMPRESA**

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

**3. DEFINICION DE RIESGOS**

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | - | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | x |

**4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:**

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

**5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)**

**6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria y audiometria dentro de los parametros normales. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

**7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS**

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:

| APTO SIN RESTRICCIONES | x | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la Información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

Md. Jose del Rosario Gaviria Patermina
C.C. 7.463.535
T.A.P. 9643/87
LSST 236298

SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL

Luis Co.

FIRMA DEL EVALUADO

330

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4004445715 | 2\|1\|1\|1\|2\|0\|1\|9 |

**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 |
|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ B. Colectiva ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ |

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Codigo |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | (a registrar por la EPS) 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| SANCHEZ<br>Primer apellido | GARCIA<br>Segundo apellido | LUIS<br>Primer nombre | EDUARDO<br>Segundo nombre |

| 7.Tipo documento de Identidad | 8.Número del documento de Identidad | 9.Sexo | 10.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1040183387 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 2\|5\|0\|3\|1\|9\|9\|6 |

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 11.Etnia | 12.Discapacidad | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|
| 6 | Tipo F N M Condicion T P | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PROTECCION | 828116 |

**18.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 26 19 83 | 5241144 | 3124567899 | GDIAZ1204@GMAIL.COM |

| Municipio/Distrito | zona | Localidad / comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| RIONEGRO | Urbana ☒ Rural ☐ | | ANTIOQUIA |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

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

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

| 20. Tipo documento de identidad | 21. Número documento identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | |

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

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

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

Datos complementarios

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

**32. Datos de residencia**

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | CLINICA SOMER SEDE CORDOBA CAP MEDICA - SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO CAP ODONTOLOGIA | SOMERMEDIC - SOMERODON |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de identificación | 37. Numero de docuemnto de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA S A S | NIT | 900759142 | 01 |

**39.Ubicación**

| Dirección | Teleéfono | Correo electrónico | Municipio/distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CR 57 A 98 A 20 | 5241144 | SHIRLY.ROJAS@INGEVIAS.COM | MEDELLIN | ANTIOQUIA |

331

| No de Radicacion |
|---|
| 4004445715 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. 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.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de la identificación**

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

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42.Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | 2\|2\|1\|1\|2\|0\|1\|9 |

| EPS anterior | 44.Motivo de traslado Código: | 45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.**☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.**☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.**☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.**☐ 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.
- **51.**☐ 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
- **52.**☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.**☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** 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.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**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.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN Número ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

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

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

Observaciones

**Recuerde que 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.**

ARL | sura

Medellín, 21 de noviembre de 2019

**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 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6,96 % | |
| C1040183387 | SANCHEZ GARCIA LUIS EDUARDO | 22/11/2019 | | 1881940z | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/11/2019 12:41:05
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.36.225, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SANCHEZ GARCIA LUIS EDUARDO** identificado(a) con **CC** número **1.040.183.387** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de septiembre de 2014 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 21 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

2019112121580

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| or | 900759142 | **Empleador** | CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| ación | 2019-11-22 11:16 a.m. | | |
| | 2019-11-22 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-11-22 23:59 p.m. |

comfama

**trabajador dependiente**

| Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 71664770 | OSPINA | JARAMILLO | DANIEL | | 21.03.1965 | Masculino | Unión Libre | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| 1007338090 | BUITRAGO | ECHEVERRI | FEDERICO | | 25.01.2001 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| 19613100 | AVENDAÑO | MAESTRE | EDISON | ANTONIO | 22.03.1965 | Masculino | Soltero | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| 71556483 | RODAS | ECHEVERRI | JOHN | FREDY | 11.07.1974 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| 1040183387 | SANCHEZ | GARCIA | LUIS | EDUARDO | 25.03.1996 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| 1040740279 | BARCO | RODRIGUEZ | JUAN | GUILLERMO | 06.09.1986 | Masculino | Soltero | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |

**personas a cargo**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Conyuges**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 42894145 | RUIZ | LOPEZ | OLGA | LUCIA | 24.10.1967 | Femenino | 71664770 | 22.11.2019 |

**de datos de residencia de trabajador**

| ocumento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ajadores dependientes**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

339

335

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.036.939.880**

**DIAZ BOHORQUEZ**

APELLIDOS

**LUIS FELIPE**

NOMBRES

Luis Felipe Diaz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-1990**

**RIONEGRO**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.79** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S RH | SEXO |

**12-MAR-2009 RIONEGRO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0121400-00159041-M-1036939880-20090611 0012386994A 1 29446229

**SALUD DOMICILIARIA 24 HORAS S.A.S.**
NIT 900391666-6 LICENCIA S.O 018572/24 JUNIO 2011
CL 49 # 48-06 CENTRO COLONIAL OF 102 Y 216 Tel. 53

Fecha Reporte : 15/05/2019 HORA : 08:35
Tipo de Examen : EVALUACIÓN OCUPACIONAL





# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

## INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria: CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S
Sector Económico: CONSTRUCCION
Nombre Del Trabajador: LUIS FELIPE DIAZ BOHORQUEZ
Documento: CC - 1036939880
Estado civil: SOLTERO(A)
Ocupación: ENCARGADO DE OBRA
Escolaridad: Tecnólogo
Dirección: VEREDA LAS CUCHILLAS
EPS: SURA

N. de hijos: 0
Edad: 28
Género: MASCULINO
Teléfono: 3502643445
Municipio: RIONEGRO (ANTIOQUIA)
AFP: COLPENSIONES
ARL: SURA

mixto, corregido. NO LE GENERA NINGÚN TIPO DE RESTRICCIÓN LABORAL PARA EL CARGO. Por las exigencias visuales de su labor y para evitar el cansancio visual y accidentalidad laboral SE RECOMIENDA que trabaje con los lentes durante toda la jornada. Es necesario control periódico en su EPS.
RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES POR SOBREPESO: Su sobrepeso es una alteración metabólica de origen común. NO genera ningún tipo de restricción ocupacional para el oficio actual. Se sugiere evaluación en su EPS para control y seguimiento en el programa de peso saludable, porque el sedentarismo y estilo de vida tiende a convertirse en Obesidad. IPS: Valoración por Nutricionista.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para el examen Médico Laboral , por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales
CONSIDERACIONES LEGALES A CERCA DE LOS EXÁMENES MÉDICOS DE INGRESO: La Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y la resolución 2346 del 11 de julio de 2007 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan las evaluaciones médicas ocupacionales DE INGRESO , con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con el perfil del cargo definido por el empleador . También establece que la Empresa Usuaria solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL DE INGRESO DEL TRABAJADOR. Los documentos completos de la Historia Clínica Laboral están sometidos a reserva profesional institucional de Salud Domiciliaria y Empresarial y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en las normas vigentes. El trabajador puede obtener una copia de ellos y sus exámenes paraclínicos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su Historia Clínica.

## CERTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Bajo la gravedad de juramento afirmo que la información que suministré es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del Médico Laboral y del Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejorar mi estado de salud

Próxima valoración ocupacional: 1 AÑO **Remisión EPS :** NO

Salud Domiciliaria
Una Mejor Atención en Casa 24 Horas

**SALUD DOMICILIARIA 24 HORAS S.A.S.**
NIT 900391666-6 LICENCIA S O 018572/24 JUNIO 2011
CL 49 # 48-06 CENTRO COLONIAL OF 102 Y 216 Tel. 53
Fecha Reporte : 15/05/2019 HORA . 08:35
Tipo de Examen EVALUACIÓN OCUPACIONAL





# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

## INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria: CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S
Sector Económico: CONSTRUCCION
Nombre Del Trabajador: LUIS FELIPE DIAZ BOHORQUEZ
Documento: CC - 1036939880
Estado civil: SOLTERO(A)
Ocupación: ENCARGADO DE OBRA
Escolaridad: Tecnólogo
Dirección: VEREDA LAS CUCHILLAS
EPS: SURA

N. de hijos: 0
Edad: 28
Género: MASCULINO
Teléfono: 3502643445
Municipio: RIONEGRO (ANTIOQUIA)
AFP: COLPENSIONES
ARL: SURA

## AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- Visiometría: Anormal.

- Audiometría: No realizada.

- Espirometría Computarizada: No realizada.

## SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE SALUD OCUPACIONAL

### TIPOS DE RIESGO

Visual [X] Auditivo [X] Biomecánico [X] Psicosocial [X] Cardiovascular [ ] R. Biológico [ ] Respiratorio [X] Químico [ ] Voz [ ] Físico [X]

### CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

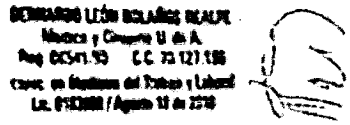
De acuerdo con el Examen ocupacional de INGRESO realizado a LUIS FELIPE DIAZ BOHORQUEZ con documento de identificación No. 1036939880 se considera SIN RESTRICCIONES para desempeñar la ocupación de ENCARGADO DE OBRA del sector económico CONSTRUCCION
ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Con el examen médico funcional y anatómico del sistema osteomuscular y de columna vertebral, realizado en reposo, no se logró evidenciar atrofias o limitaciones de la movilidad, ni dolor, ni alteraciones que puedan aumentar el riesgo para su salud y seguridad . Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección para prevenir patologías osteomusculares y accidentes laborales.

### CONCLUSIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1) Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2) Suministrar , Capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal .
3) Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
4) Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
5) Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
6) Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
7) Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.
8) Evitar el contacto con sustancias irritantes como los hidrocarburos, el alquitran de hulla, la brea o el cemento,
9) En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado y tener la certificación para trabajo en alturas.
10) Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

### RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES LABORALES POR TRASTORNO DE REFRACCION: Presenta un trastorno de refraccion



**BERNARDO LEON BOLAÑOS REALPE**
MEDICO Y CIRUJANO U. DE A.
ESP. EN MEDICINA DEL TRABAJO Y LABORAL
Registro Médico : 016541/90 Licencia S.O. 0103509/18-08-2010

**LUIS FELIPE DIAZ BOHORQUEZ**
CC - 1036939880

ARUS®

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-10-09, 11:31:08 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 41815977

**Periodo Cotización:** septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** octubre de 2019

## PAGADO 09/10/2019

### TOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **n Social** | CONSTRUCCIONES GADICA SAS | **Nombre Sucursal** | OBRA NORDESTE | **Código Sucursal** | 010 |
| **mento** | NI900759142 | **Dirección** | CR 47A #98 A - 20 | | |
| **de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 5241144 | | |
| **Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | | |
| **id** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **esentante Legal** | DIAZ CANO GABRIEL ANTONIO | **Identificación** | CC 8331247 | | |
| **Afiliados** | 10 | **ARP** | ARL SURA | | |

### TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 1737 | ALEX ESNEIDER ARBOLEDA YARURO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | (230301) PORVENIR | $ 607.286 | $ 97.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 607.286 | $ 24.300 | 6,960 | $ 607.286 | $ 42.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 607.286 | $ 24.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 188.100 |
| 1948 | JHON ALBERTO CASTRILLON RIOS | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | (25-14) COLPENSIONES | $ 607.286 | $ 97.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 607.286 | $ 24.300 | 6,960 | $ 607.286 | $ 42.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 607.286 | $ 24.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 188.100 |
| 1660 | LUIS FELIPE DIAZ BOHORQUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.000.000 | $ 80.000 | 6,960 | $ 2.000.000 | $ 139.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 619.200 |
| 1607 | JHONATAN STIVEN GALLEGO SERNA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 13 | GUILLERMO ALFONSO GIL RUIZ | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 16 | ROMAN DARIO GIRALDO LOPERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.300.000 | $ 52.000 | 6,960 | $ 1.300.000 | $ 90.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.300.000 | $ 52.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.500 |
| 7 | LUIS ALFONSO PEREZ HENAO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 1775 | YESID ANTONIO PULGARIN ACEVEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 1238 | JOSE ELIAS SEPULVEDA MEDINA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.200.000 | $ 192.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.200.000 | $ 48.000 | 6,960 | $ 1.200.000 | $ 83.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.200.000 | $ 48.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 371.600 |
| 1174 | LUIS FELIPE TABARES TORRES | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (231001) COLFONDOS | $ 800.513 | $ 128.100 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 800.513 | $ 32.100 | 6,960 | $ 800.513 | $ 55.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 800.513 | $ 32.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 248.100 |

### TOTALES

| IC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 9.827.549 | $ 9.827.549 | $ 9.827.549 | $ 9.827.549 | $ 1.572.500 | $ 393.500 | $ 684.500 | $ 393.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.044.000 | $ 0 | $ 3.044.000 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 486 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

339

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **4.380.458**

**CARDENAS CARDENAS**

APELLIDOS

**JOSE LUIS**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ABR-1972**

**BALBOA**
**(RISARALDA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**07-DIC-1990 BALBOA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JAIME CARLOS GALINDO VACHA

A-0104900-00980808-M-0004380458-20161031 0052045567A 1 2174159859



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS

VELMAN SALUD I.P.S

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | Fecha del Examen: | 18/09/2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | JOSE LUIS CARDENAS CARDENAS | | | | | Genero: | MASCULINO |
| Lugar dey Fecha de Nacimiento: | BALBOA | 22/04/1972 | | Tipo de Identificacion: | Cedula de Ciudadania | N° Identificacion: | 4380458 |
| Edad: | 47 | Grupo RH: | 0+ | Hijos: | 2 | Estado Civil: | SOLTERO |
| Dirección Actual: | CALLE 56# 63-59 | | | Municipio: | BELLO | Teléfono: | 3128314014 |
| | | | | ARL | SURA | Cargo: | OFICIAL |

**DATOS DE LA EMPRESA**

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS EN ALTURAS |

**3. VALORACIONES COMPLEMENTARIAS**

| | |
|---|---|
| **Audiometria:** | La capacidad auditiva es adecuada para la ocupacion a desempeñar. |
| **Visiometria:** | La capacidad visual es adecuada para la ocupacion a desempeñar. |
| **Laboratorios:** | Los examenes de laboratorio se encuentran dentro de los parametros permitidos |

**CONCEPTO MEDICO:** El trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, y de acuerdo con las respuestas dadas en el cuestionario de estado de salud para trabajos en alturas y a la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático. Se considera este resultado **APTO PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS**, previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

**4. RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS**

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:
Ejercicio diario
Capacitacion en SSST
Realizar pausas activas

**OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:**

Capacitarse en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
2. Usar los elementos de protección personal suministrados, requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
3. Utilizar una adecuada higiene postural y realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas
4. Evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar traumas y mantener las mismas recomendaciones definidas para su
5.No movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda
6. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
7. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas o licor en los lugares de trabajo o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo

**5. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

De acuerdo con el examen médico ocupacional realizado, se considera que:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICCIONES | X | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la Información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| MARGARITA ROSA MANCO DE LA CRUZ<br>Reg med 08-1652.03<br>CC 32.875.899 | |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-11-14, 08:31:02 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025268420

**Periodo Cotización:** octubre de 2019 **Periodo Servicio:** noviembre de 2019

## PAGADO 14/11/2019

### TOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **n Social** | CONSTRUCCIONES GADICA SAS | **Nombre Sucursal** | COPACABANA | **Código Sucursal** | 02 |
| **mento** | NI900759142 | **Dirección** | CR 47A #98 A - 20 | | |
| **de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 5241144 | | |
| **Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | | |
| **id** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **sentante Legal** | DIAZ CANO GABRIEL ANTONIO | **Identificación** | CC 8331247 | | |
| **Afiliados** | 10 | **ARP** | ARL SURA | | |

### TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ción | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 040 | LEINER DAVID ACOSTA PEREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| | JOSE LUIS CARDENAS CARDENAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.300.000 | $ 52.000 | 6,960 | $ 1.300.000 | $ 90.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.300.000 | $ 52.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.500 |
| 0 | NICOLAS ANTONIO CARVAJAL CARVAJAL | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.450.000 | $ 232.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.450.000 | $ 58.000 | 6,960 | $ 1.450.000 | $ 101.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.450.000 | $ 58.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 449.000 |
| 6 | WILLIAM RAMON DE LA OSSA DE LA OSSA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.450.000 | $ 232.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.450.000 | $ 58.000 | 6,960 | $ 1.450.000 | $ 101.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.450.000 | $ 58.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 449.000 |
| 351 | DEYNER DANIEL GUZMAN MEZA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 580 | EDISON HERRERA RUEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS001) ALIANSALUD | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 974 | MAURICIO ALEXANDER HIGUITA USUGA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 192 | SANTIAGO PALACIO ARANGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 346 | HENRY ALEXANDER RESTREPO RODRIGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 8 | RAMON MARIA VALENCIA CARVAJAL | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (25-14) COLPENSIONES | $ 110.416 | $ 17.700 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 110.416 | $ 4.500 | 6,960 | $ 110.416 | $ 7.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 110.416 | $ 4.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 34.400 |

### TOTALES

| IC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 9.279.112 | $ 9.279.112 | $ 9.279.112 | $ 9.279.112 | $ 1.484.700 | $ 371.700 | $ 646.400 | $ 371.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.874.500 | $ 2.600 | $ 2.877.100 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

342

Acso

NIT 900.401.463-1

El suscrito [illegible]

Certifica que:

# JOSE LUIS CARDENAS CARDENAS

# CC. 4.380.458

Ha cumplido satisfactoriamente los objetivos de aprendizaje

**REENTRENAMIENTO DE NIVEL AVANZADO PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**

[illegible] Mayo 3, 2019 En Copacabana, Antioquia, con una duración de [illegible] horas.

Se expide el presente certificado a los Trece (13) días del mes de Mayo de 2019 En Copacabana, Antioquia

IVAN RAMON OCAMPO
Representante Legal
CC. 1.152.683.199

fer2703859

[illegible]
Licencia [illegible]
Licencia SO [illegible]
Registro certificado SENA
No. 9210[illegible]

3 de 3

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.037.674.272**
**ARRAZOLA VILORIA**
APELLIDOS
**YHAN CARLOS**
NOMBRES

Yhan
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1994**
**MARACAIBO-ESTADO ZULIA**
**VENEZUELA**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.76** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**15-FEB-2019 RETIRO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0121100-01075292-M-1037674272-20190514 **0065**364445A 1 51183713

345



## CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

Velmar Salud IPS

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | Fecha del Examen: | 8/11/2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | YHAN CARLOS ARRAZOLA VILORIA | | | | | Genero: | MASCULINO |
| Lugar dey Fecha de Nacimiento: | MARACAIBO - VENEZUELA | 14/10/1994 | Tipo de Identificacion: | Cedula de Ciudadania | | N° Identificacion: | 1037674272 |
| Edad: | 25 | Grupo RH: | O+ | Hijos: | 2 | Estado Civil: | SOLTERO |
| Dirección Actual: | LA ACUARELA | | | Municipio: | EL RETIRO | Teléfono: | 3135928777 |
| | | | | ARL: | SURA | Cargo: | AYUDANTE |

**2. DATOS DE LA EMPRESA**

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

**3. DEFINICION DE RIESGOS**

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | - | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | x |

**4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:**

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

**5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)**

**6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria y audiometria dentro de los parametros normales. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

**7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS**

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICCIONES | x | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de Julio de 2007, resolucion 1918 de Junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| MARGARITA ROSA MANCO DE LA CRUZ<br>Reg med 08-1652.03<br>CC 32.875.899 | |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |

346

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 11/11/2019, el empleador CONSTRUCCIONES GADICA SAS identificado con NIT número 900759142 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2221107 | 11/11/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1037674272 | YHAN CARLOS ARRAZOLA VILORIA | 828116 | AYUDANTE DE OBRA | 2019-11-12 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Noviembre del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

ARL | sura

Medellín, 11 de noviembre de 2019

**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 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: A 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C103767427 2 | ARRAZOLA VILORIA YHAN CARLOS | 12/11/2019 | | 167w1922 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/11/2019 23:18:09

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.36.225, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

348

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **YHAN CARLOS ARRAZOLA VILORIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,037,674,272**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| or | 900759142 | **Empleador** | CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| ación | 2019-11-12 08:58 a.m. | | |
| | 2019-11-12 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-11-12 23:59 p.m. |

comfama

**trabajador dependiente**

| Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1037674272 | ARRAZOLA | VILORIA | YHAN | CARLOS | 14.10.1994 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 12.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 12.11.2019 |
| 75049624 | LONDOÑO | FRANCO | OSCAR | DEIRO | 21.03.1976 | Masculino | Soltero | Fijo | 1300000,00 | 8 | 240 | 12.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 12.11.2019 |

**personas a cargo**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Conyuges**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ı de datos de residencia de trabajador**

| ocumento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ajadores dependientes**

| ocumento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**sonas a cargo**

| mento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **71.556.483**

**RODAS ECHEVERRI**

APELLIDOS

**JOHN FREDY**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1974**
**MEDELLIN**
**(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **O-** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**20-JUN-1994 RETIRO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0121100-00831352-M-0071556483-20160521 0049871407A 1 45507367



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

Bellacasa Salud IPS

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | Fecha del Examen: | 20/11/2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | JOHN FREDY RODAS ECHEVERRI | | | | | Genero: | MASCULINO |
| Lugar dey Fecha de Nacimiento: | MEDELLIN | 11/07/1974 | | Tipo de Identificacion: | Cedula de Ciudadania | N° Identificacion: | 71556483 |
| Edad: | 45 | Grupo RH: | O- | Hijos: | 3 | Estado Civil: | SOLTERO |
| Dirección Actual: | VISENTENARIO | | | Municipio: | MEDELLIN | Teléfono: | 5411870 |
| | | | | ARL: | SURA | Cargo: | AYUDANTE |

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

## 3. DEFINICION DE RIESGOS

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | - | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | x |

## 4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

## 5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)

## 6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria y audiometria dentro de los parametros normales. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

## 7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:

| APTO SIN RESTRICCIONES | x | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| Md. Jose del Rosario Gaviria Patermina<br>C.C. 7.463.535<br>T.A.P. 864387<br>LSST 238298 | John Fredy Rodas |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/11/2019, el empleador CONSTRUCCIONES GADICA SAS identificado con NIT número 900759142 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2242153 | 21/11/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 71556483 | JOHN FREDY RODAS ECHEVERRI | 828116 | AYUDANTE DE OBRA | 2019-11-22 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Noviembre del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

ARL | sura

Medellín, 21 de noviembre de 2019

**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 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C71556483 | RODAS ECHEVERRI JOHN FREDY | 22/11/2019 | | 317023D1 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/11/2019 12:37:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.36.225, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

353

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **RODAS ECHEVERRY JOHN FREDY** identificado(a) con **CC** número **71.556.483** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2002 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 21 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

2019112121572

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ıdor | 900759142 | **Empleador** | CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| ɜración | 2019-11-22 11:16 a.m. | | |
| de | 2019-11-22 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-11-22 23:59 p.m. |

comfama

**le trabajador dependiente**

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 71664770 | OSPINA | JARAMILLO | DANIEL | | 21.03.1965 | Masculino | Unión Libre | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 1007338090 | BUITRAGO | ECHEVERRI | FEDERICO | | 25.01.2001 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 19613100 | AVENDAÑO | MAESTRE | EDISON | ANTONIO | 22.03.1965 | Masculino | Soltero | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 71556483 | RODAS | ECHEVERRI | JOHN | FREDY | 11.07.1974 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 1040183387 | SANCHEZ | GARCIA | LUIS | EDUARDO | 25.03.1996 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 1040740279 | BARCO | RODRIGUEZ | JUAN | GUILLERMO | 06.09.1986 | Masculino | Soltero | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |

**le personas a cargo**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**le Conyuges**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 42894145 | RUIZ | LOPEZ | OLGA | LUCIA | 24.10.1967 | Femenino | 71664770 | 22.11.2019 |

**ón de datos de residencia de trabajador**

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**abajadores dependientes**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

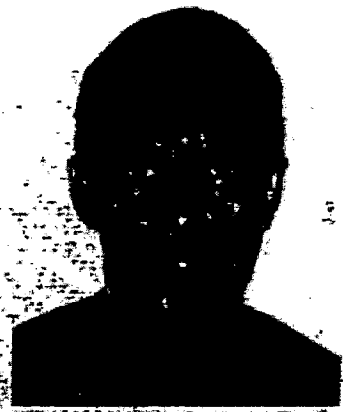
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **71.587.331**
**MONTOYA ROJO**

APELLIDOS
**BERNARDO ANTONIO**

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1960**
**SAN ROQUE**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**11-DIC-1978 MEDELLIN**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00087121-M-0071587331-20080907 0003101943A 1 4470009767

356

ARL | sura

Medellín, 07 de noviembre de 2019

**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 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C71587331 | MONTOYA ROJO BERNARDO ANTONIO | 08/11/2019 | | 16011707 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/11/2019 15:10:50

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.70.26.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

357

nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/11/2019, el empleador CONSTRUCCIONES GADICA SAS identificado con NIT número 900759142 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2216477 | 07/11/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 71587331 | BERNARDO ANTONIO MONTOYA ROJO | 828116 | AYUDANTE DE OBRA | 2019-11-07 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Noviembre del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **BERNARDO ANTONIO MONTOYA ROJO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **71587331,** se encuentra afiliado (a) desde **18/02/1981** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de noviembre de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NIT Empleador | 900759142 | Empleador | CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| Fecha generación | 2019-11-07 15:33 p.m. | | |
| Fecha desde | 2019-11-07 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-07 23:59 p.m. |

comfama

**Afiliación de trabajador dependiente**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 1040181793 | PULGARIN | GARCIA | JORGE | ANDRES | 09.04.1991 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 07.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 07.11.2019 |
| Cédula | 1040745850 | PEREZ | ANGEL | CARLOS | ALEXIS | 30.11.1993 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 07.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 07.11.2019 |
| Cédula | 71587331 | MONTOYA | ROJO | BERNARDO | ANTONIO | 28.08.1960 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 07.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 07.11.2019 |
| Cédula | 1094583731 | AREVALO | BALLENA | DAVID | | 06.12.1994 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 07.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 07.11.2019 |

**Afiliación de personas a cargo**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Afiliación de Conyuges**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Actualización de datos de residencia de trabajador**

| Tipo documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de trabajadores dependientes**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de personas a cargo**

| Tipo documento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

359

360



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

Velmar Salud IPS

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | Fecha del Examen: | 6/11/2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | BERNARDO ANTONIO MONTOYA ROJO | | | | | Genero: | MASCULINO |
| Lugar dey Fecha de Nacimiento: | SAN ROQUE | 28/08/1960 | Tipo de Identificacion: | Cedula de Ciudadania | | N° Identificacion: | 71587331 |
| Edad: | 59 | Grupo RH: | A+ | Hijos: | 0 | Estado Civil: | SOLTERO |
| Dirección Actual: | CARRERA 17 C N- 19 B 15 | | | Municipio: | MEDELLIN | Teléfono: | 5411811 |
| | | | | ARL: | SURA | Cargo: | AYUDANTE |

**2. DATOS DE LA EMPRESA**

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

**3. DEFINICION DE RIESGOS**

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | - | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | x |

**4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:**

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

**5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)**

**6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clinicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria y audiometria dentro de los parametros normales. Al momento de la consulta. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

**7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS**

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:

| APTO SIN RESTRICCIONES | x | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| Md. Jose del Rosario Gaviria Patermina<br>C.C. 71.585.535<br>T.P. 9443187<br>LOST 235298 | Bernardo Montoya R. |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |

3.6 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.040.181.793**

**PULGARIN GARCIA**

APELLIDOS

**JORGE ANDRES**

NOMBRES

Jorge Andres Pulgarin G

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1991**

**RETIRO**
**(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.63** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**18-JUN-2009 RETIRO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0121100-00200621-M-1040181793-20091128 0018431529A 1 29532341



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Bienvenidos Salud IPS

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | | | Fecha del Examen: | 7/11/2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | JORGE ANDRES PULGARIN GARCIA | | | | | | | Genero: | MASCULINO |
| Lugar dey Fecha de Nacimiento: | RETIRO | | 9/04/1991 | Tipo de Identificacion: | | Cedula de Ciudadania | | N° Identificacion: | 1040181793 |
| Edad: | 28 | Grupo RH: | A+ | Hijos: | | 0 | | Estado Civil: | UNION LIBRE |
| Dirección Actual: | KILOMETRO 22 VIAS LAS PALMAS | | | Municipio: | | EL RETIRO | | Teléfono: | 3147084442 |
| | | | | ARL: | | SURA | | Cargo: | AYUDANTE |

**2. DATOS DE LA EMPRESA**

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

**3. DEFINICION DE RIESGOS**

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | - | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | x |

**4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:**

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

**5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)**

**6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria y audiometria dentro de los parametros normales. Al momento de la consulta. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

**7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS**

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:

| APTO SIN RESTRICCIONES | x | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la Información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| Md. Jose del Rosario Gaviria Paternina<br>C.C. 7.463.645<br>T.P. 9843987<br>LSST 236296 | Jorge Andres Pulgarin Gar |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4004389028 | 0\|7\|1\|1\|2\|0\|1\|9 |

**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 |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | B. Colectiva ☐ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ |
| **4. Tipo de afiliado** | **5. Tipo de cotizante** | | **Codigo** (a registrar por la EPS) 1 |
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | | |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| PULGARIN (Primer apellido) | GARCIA (Segundo apellido) | JORGE (Primer nombre) | ANDRES (Segundo nombre) |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de Identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 1040181793 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 0\|9\|0\|4\|1\|9\|9\|1 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 11.Etnia | 12.Discapacidad | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|
| 6 | Tipo F N M — Condicion T P | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PROTECCION | 828116 |

**18.Residencia**

| CL 22 25 78 Dirección | 5241144 Telefono fijo | 3124567899 Telefono celular | GDIAZ1204@GMAIL.COM Correo electronico |
|---|---|---|---|
| RIONEGRO Municipio/Distrito | zona: Urbana ☒ Rural ☐ | Localidad / comuna | ANTIOQUIA Departamento |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

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

| 19. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| **20. Tipo documento de identidad** | **21. Número documento identidad** | **22. Sexo** | **23. Fecha de nacimiento** |
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | |

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

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

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

Datos complementarios

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

**32. Datos de residencia**

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | CLINICA MED ODONTOLOGICA PROMTARIO CP - CLINICA MED ODONTOLOGICA PROMTARIO CP | PROMTARION - PROMTARION |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de identificación | 37. Numero de docuemnto de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA S A S | NIT | 900759142 | 01 |

**39.Ubicación**

| CR 57 A 98 A 20 Dirección | 5241144 Teleéfono | SHIRLY.ROJAS@INGEVIAS.COM Correo electrónico | MEDELLIN Municipio/distrito | ANTIOQUIA Departamento |
|---|---|---|---|---|

| No de Radicacion |
|---|
| 4004389028 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. 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.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de la identificación**

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

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42.Fecha |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | 0\|7\|1\|1\|2\|0\|1\|9 |

| 43.EPS anterior | 44.Motivo de traslado Código: | 45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | ☐ | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.**☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.**☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.**☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.**☐ 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.
- **51.**☐ 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
- **52.**☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.**☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** 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.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**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.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN Número ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

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

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

Observaciones

**Recuerde que 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.**

ARL | sura

Medellín, 07 de noviembre de 2019

**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 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6,96 % | | |
| C104018179 3 | PULGARIN GARCIA JORGE ANDRES | 08/11/2019 | | 0137205M | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/11/2019 15:08:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.70.26.178, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **PULGARIN GARCIA JORGE ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.040.181.793** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de septiembre de 2019 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 07 de noviembre de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

2019110716472

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ador | 900759142 | **Empleador** | CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| eración | 2019-11-07 15:33 p.m. | | |
| de | 2019-11-07 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-11-07 23:59 p.m. |

comfama

**le trabajador dependiente**

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1040181793 | PULGARIN | GARCIA | JORGE | ANDRES | 09.04.1991 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 07.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 07.11.2019 |
| | 1040745850 | PEREZ | ANGEL | CARLOS | ALEXIS | 30.11.1993 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 07.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 07.11.2019 |
| | 71587331 | MONTOYA | ROJO | BERNARDO | ANTONIO | 28.08.1960 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 07.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 07.11.2019 |
| | 1094583731 | AREVALO | BALLENA | DAVID | | 06.12.1994 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 07.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 07.11.2019 |

**le personas a cargo**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**le Conyuges**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ón de datos de residencia de trabajador**

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**abajadores dependientes**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**ersonas a cargo**

| umento | Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

COMPROBANTE DE DOCUMENTO EN TRÁMITE

**REGISTRADURÍA**
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**TIPO DE DOCUMENTO:** CÉDULA DE CIUDADANÍA **CLASE DE EXPEDICIÓN:** DUPLICADO

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** 1.045.499.243 **GÉNERO:** MASCULINO

**APELLIDOS:** CHAVERRA ORTIZ **NOMBRES:** JAMES

**FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO:** 11 DE OCTUBRE DE 2006

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:** 25 DE SEPTIEMBRE DE 1988 - RIOSUCIO - CHOCO

**LUGAR DE PREPARACIÓN:** SEDE CENTRAL - PSE

**NÚMERO Y FECHA DE PREPARACIÓN:** TEMPORAL - 26 DE AGOSTO DE 2019

**OFICINA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:** ANTIOQUIA - TURBO

**ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 24 DE NOVIEMBRE DE 2019**

*Registraduría Nacional del Estado Civil*





369

ARL | sura

Medellín, 05 de noviembre de 2019

**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 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: 6,96 % | |
| C104549924 3 | CHAVERRA ORTIZ JAMES | 06/11/2019 | | 18231711 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/11/2019 21:18:45

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.146, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

340

nueva eps

# NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 05/11/2019, el empleador CONSTRUCCIONES GADICA SAS identificado con NIT número 900759142 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 2210893 | 05/11/2019 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO IDENTIFICACIÓN | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA REINGRESO |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1045499243 | JAMES CHAVERRA ORTIZ | 828116 | AYUDANTE DE OBRA | 2019-11-06 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Noviembre del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JAMES CHAVERRA ORTIZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,045,499,243**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NIT Empleador | 900759142 | Empleador | CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| Fecha generación | 2019-11-06 09:14 a.m. | | |
| Fecha desde | 2019-11-06 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-06 23:59 p.m. |

comfama

**Afiliación de trabajador dependiente**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 1045499243 | CHAVERRA | ORTIZ | JAMES | | 25.09.1988 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 06.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 06.11.2019 |
| Cédula | 15512475 | PEREZ | MUÑOZ | MIGUEL | ANGEL | 26.07.1963 | Masculino | Soltero | Fijo | 1300000,00 | 8 | 240 | 06.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 06.11.2019 |
| Permiso Especial Permanencia | 834449704121991 | BLANCO | HERNANDEZ | REIDER | ANTONIO | 04.12.1991 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 06.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 06.11.2019 |

**Afiliación de personas a cargo**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Afiliación de Conyuges**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Actualización de datos de residencia de trabajador**

| Tipo documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de trabajadores dependientes**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de personas a cargo**

| Tipo documento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

342



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

Velmar Salud IPS

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | | Fecha del Examen: | 5/11/2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | JAMES CHAVERRA ORTIZ | | | | | | Genero: | MASCULINO |
| Lugar dey Fecha de Nacimiento: | RIOSUCIO | 25/09/1988 | | Tipo de Identificacion: | Cedula de Ciudadania | | N° Identificacion: | 1045499243 |
| Edad: | 31 | Grupo RH: | 0+ | Hijos: | 3 | | Estado Civil: | UNION LIBRE |
| Dirección Actual: | CHAPINERO | | | Municipio: | RETIRO | | Teléfono: | 3135501433 |
| | | | | ARL: | SURA | | Cargo: | AYUDANTE |

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

## 3. DEFINICION DE RIESGOS

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | - | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | x |

## 4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

## 5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)

## 6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria y audiometria dentro de los parametros normales. Al momento de la consulta. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

## 7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:

| APTO SIN RESTRICCIONES | x | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| Md. Jose del Rosario Gaviria Patermina<br>CC 7.463.535<br>TAR 954397<br>LSST 238298 | James |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.512.475

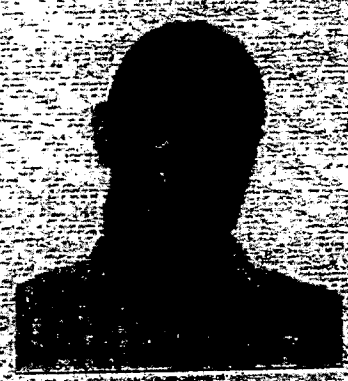
PEREZ MUÑOZ

APELLIDOS

MIGUEL ANGEL

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1963

SAN JOSE DE LA MONTAÑA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

22-DIC-1992 COPACABANA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0100100-00229276-M-0015512475-20100327 0021812930A 1 2030680934

ARL | sura

Medellín, 05 de noviembre de 2019

**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 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: 6,96 % | |
| C15512475 | PEREZ MUÑOZ MIGUEL ANGEL | 06/11/2019 | | 15222222 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/11/2019 21:20:44

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.146, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

| | |
|---|---|
| | **Número de Solicitud** 6I_79281 |

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

| **Reingreso 1** | |
|---|---|
| **Empleador** | NI 900759142 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| **Afiliado** | CC 15512475 MIGUEL ANGEL PEREZ MUÑOZ |
| **Tipo de trabajador** | 1 Dependiente |
| **Salario Base** | $ 1,300,000 |
| **Cargo** | OTRO |
| **Sucursal** | MEDELLIN CR 47 A # 98 20 |
| **Fecha de ingreso** | 06/11/2019 |
| **Fecha de radicación** | 06/11/2019 09:01:07 a.m. |
| **Código de Transacción** | 96561089 |
| **Resultado del Reingreso 1** | |
| **Novedad aplicada con éxito** | El período de inicio de pago es 12/2019 |

Fecha de generación 06/11/2019

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MIGUEL ANGEL PEREZ MUÑOZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **15512475,** se encuentra afiliado (a) desde **24/05/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de noviembre de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NIT Empleador | 900759142 | Empleador | CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| Fecha generación | 2019-11-06 09:14 a.m. | | |
| Fecha desde | 2019-11-06 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-06 23:59 p.m. |

comfama

**Afiliación de trabajador dependiente**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 1045499243 | CHAVERRA | ORTIZ | JAMES | | 25.09.1988 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 06.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 06.11.2019 |
| Cédula | 15512475 | PEREZ | MUÑOZ | MIGUEL | ANGEL | 26.07.1963 | Masculino | Soltero | Fijo | 1300000,00 | 8 | 240 | 06.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 06.11.2019 |
| Permiso Especial Permanencia | 834449704121991 | BLANCO | HERNANDEZ | REIDER | ANTONIO | 04.12.1991 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 06.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 06.11.2019 |

**Afiliación de personas a cargo**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Afiliación de Conyuges**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Actualización de datos de residencia de trabajador**

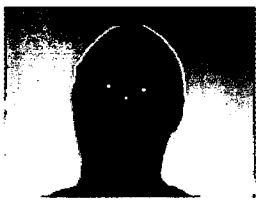
| Tipo documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de trabajadores dependientes**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de personas a cargo**

| Tipo documento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Velman Salud

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

## 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | **Fecha del Examen:** | 16/05/2019 10:00 |
| **Nombres y Apellidos:** | MIGUEL ANGEL PEREZ MUÑOZ | | | | | **Genero:** | MASCULINO |
| **Lugar dey Fecha de Nacimiento:** | SAN JOSE DE LA MONTAÑA | 26/08/1963 | **Tipo de Identificacion:** | Cedula de Ciudadania | | **N° Identificacion:** | 15512475 |
| **Edad:** | 55,8749 | **Grupo RH:** | 0+ | **Hijos:** | 2 | **Estado Civil:** | UNION LIBRE |
| **Dirección Actual:** | 20 DE JULIO | | | **Municipio:** | MEDELLIN | **Teléfono:** | 3234709312 |
| | | | | **ARL:** | SURA | **Cargo:** | OFICIAL |

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

## DEFINICION DE RIESGOS

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | x | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | - |

## 4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

## 5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)

## 6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria (astigmatismo que corrige con lentes) y audiometria dentro de los parametros normales. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

## 7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS

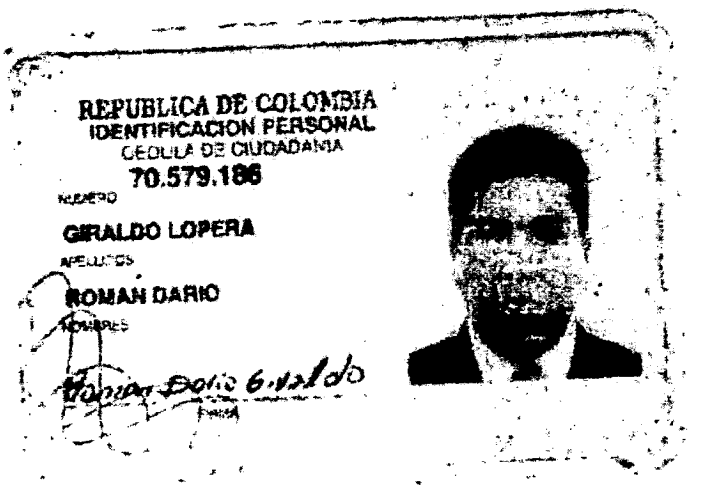
De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:
Uso de lentes permanentes

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICCIONES | X | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |

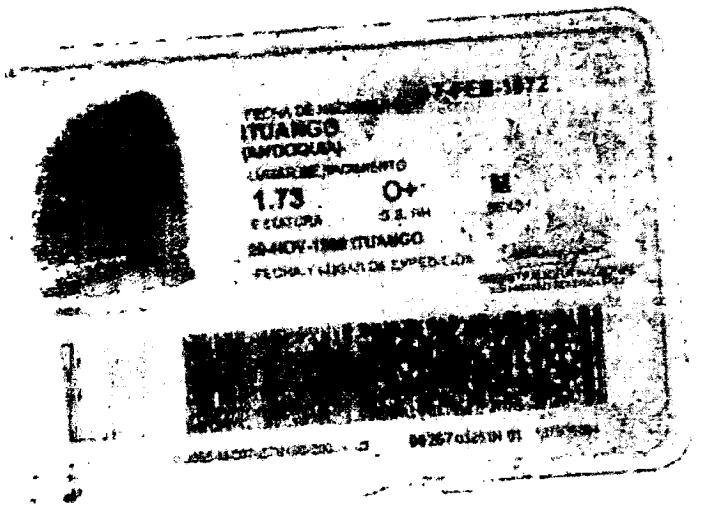
**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la Información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| MARGARITA ROSA MANCO DE LA CRUZ<br>Reg med 08-1652.03<br>CC 32.875.899 | Miguel Perez |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
70.579.186
NUMERO
GIRALDO LOPERA
APELLIDOS
ROMAN DARIO
NOMBRES
Roman Dario Giraldo
FIRMA



FEB-1972
ITUANGO
(ANTIOQUIA)
1.73
ESTATURA
O+
M
ITUANGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

ARUS®
Tecnología • Información • Conocimiento

# SuAporte | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-10-09, 11:31:08 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 41815977

**Periodo Cotización:** septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** octubre de 2019

## PAGADO 09/10/2019

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CONSTRUCCIONES GADICA SAS | **Nombre Sucursal** | OBRA NORDESTE | **Código Sucursal** | 010 |
| **Documento** | NI900759142 | **Dirección** | CR 47A #98 A - 20 | | |
| **Tipo de Empresa** | EMPLEADOR | **Teléfono** | 5241144 | | |
| **Tipo Persona** | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | | |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **Representante Legal** | DIAZ CANO GABRIEL ANTONIO | **Identificación** | CC 8331247 | | |
| **Total Afiliados** | 10 | **ARP** | ARL SURA | | |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Apo Minis |
| :C 1020469737 | ALEX ESNEIDER ARBOLEDA YARURO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | (230301) PORVENIR | $ 607.286 | $ 97.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 607.286 | $ 24.300 | 6.960 | $ 607.286 | $ 42.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 607.286 | $ 24.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 1007317948 | JHON ALBERTO CASTRILLON RIOS | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 22 | 22 | 22 | 22 | (25-14) COLPENSIONES | $ 607.286 | $ 97.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 607.286 | $ 24.300 | 6.960 | $ 607.286 | $ 42.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 607.286 | $ 24.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 1036939880 | LUIS FELIPE DIAZ BOHORQUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.000.000 | $ 320.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.000.000 | $ 80.000 | 6.960 | $ 2.000.000 | $ 139.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.000.000 | $ 80.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 1037369607 | JHONATAN STIVEN GALLEGO SERNA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6.960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 98483953 | GUILLERMO ALFONSO GIL RUIZ | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 828.116 | $ 33.200 | 6.960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 70579186 | ROMAN DARIO GIRALDO LOPERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.300.000 | $ 52.000 | 6.960 | $ 1.300.000 | $ 90.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.300.000 | $ 52.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 98483317 | LUIS ALFONSO PEREZ HENAO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 828.116 | $ 33.200 | 6.960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 1001530775 | YESID ANTONIO PULGARIN ACEVEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 828.116 | $ 33.200 | 6.960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 1116859238 | JOSE ELIAS SEPULVEDA MEDINA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.200.000 | $ 192.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.200.000 | $ 48.000 | 6.960 | $ 1.200.000 | $ 83.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.200.000 | $ 48.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |
| :C 1038064174 | LUIS FELIPE TABARES TORRES | 01 | 00 | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (231001) COLFONDOS | $ 800.513 | $ 128.100 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 800.513 | $ 32.100 | 6.960 | $ 800.513 | $ 55.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 800.513 | $ 32.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 9.827.549 | $ 9.827.549 | $ 9.827.549 | $ 9.827.549 | $ 1.572.500 | $ 393.500 | $ 684.500 | $ 393.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.044.000 | $ 0 | $ 3.044.000 |



ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

581

382



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Velman Salud

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | **Fecha del Examen:** | 25/05/2019 8:47 |
| **Nombres y Apellidos:** | ROMAN DARIO GIRALDO LOPERA | | | | | **Genero:** | MASCULINO |
| **Lugar dey Fecha de Nacimiento:** | ITUANGO | 17/02/1972 | **Tipo de Identificacion:** | Cedula de Ciudadania | | **N° Identificacion:** | 70579186 |
| **Edad:** | 47 | **Grupo RH:** 0+ | **Hijos:** | 1 | | **Estado Civil:** | UNION LIBRE |
| **Dirección Actual:** | CORREGIMIENTO LA VIRGINIA | | **Municipio:** | CALARCA | | **Teléfono:** | 3195985924 |
| | | | **ARL:** | SURA | | **Cargo:** | OFICIAL |

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

## 3. DEFINICION DE RIESGOS

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | x | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | - |

## 4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utlilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

## 5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)

## 6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria y audiometria dentro de los parametros normales. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

## 7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:
Dieta baja en grasa,

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APTO SIN RESTRICCIONES | X | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| MARGARITA ROSA MANCO DE LA CRUZ<br>Reg med 08-1652.03<br>CC 32.875.899 | Roman Giraldo |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |

383

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.007.338.090**

**BUITRAGO ECHEVERRI**

APELLIDOS

**FEDERICO**

NOMBRES

Federico Buitrago E.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-2001**

**RIONEGRO**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.73**
ESTATURA

**O+**
G.S. RH

**M**
SEXO

**12-MAR-2019 RETIRO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO



A-0121100-01095451-M-1007338090-20190826 0067580811A 2 52256206



# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y NEUROLOGICO

Dando cumplimiento a la resolucion 2346 del Ministerio de Proteccion Social, la empresa solo se le enviara el informe con:

Vellanaga Salud IPS

LICENCIA SALUD OCUPACIONAL
Resolución N° 2018060025017

| 1. DATOS PERSONALES DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | | | Fecha del Examen: | 20/11/2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | FEDERICO BUITRAGO ECHEVERRI | | | | | Genero: | MASCULINO |
| Lugar dey Fecha de Nacimiento: | RIONEGRO | 25/01/2001 | Tipo de Identificacion: | Cedula de Ciudadania | | N° Identificacion: | 1007338090 |
| Edad: | 18 | Grupo RH: | O+ | Hijos: | 0 | Estado Civil: | SOLTERO |
| Dirección Actual: | BICENTARIO | | | Municipio: | MEDELLIN | Teléfono: | 3045252176 |
| | | | | ARL: | SURA | Cargo: | AYUDANTE |

**2. DATOS DE LA EMPRESA**

| Nombre de la Empresa | Nit | Teléfono | Ciudad | Tipo de Examen |
|---|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES GADICA SAS | 9007591420 | 2511317 | MEDELLIN | OSTEOMUSCULAR |

**3. DEFINICION DE RIESGOS**

| POSTURA ERGONÓMICA | | LUGARES DE TRABAJO | | RIESGOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De pie | x | Planta | x | Biomecánicos | x | Biológico | - |
| Sentado | x | Oficina | - | Espacios confinados | x | Químicos | x |
| Agachado | x | Bodegas | x | Ruido | x | Eléctrico | x |
| De fuerza física | x | Vía publica | x | Material particulado | x | Conducción | x |

**4,OBLIGACIONES A CUMPLIR POR PARTE DEL EXAMINADO:**

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar.
2. Uso de los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura y de la dotación personal suministrada.
3. Utilizar una adecuada higiene postural, realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas, para realizar las demás tareas de su ocupación, evitar actividades extralaborales que exijan esfuerzo de columna lumbar y que puedan generar trauma, mantener las recomendaciones definidas para su trabajo.
4. No debe movilizar desde el piso cargas superiores a 25Kg ó 50Kg sobre hombros o espalda.
5. Evitar el consumo de sustancias psicoactivas, o licor en los lugares de trabajo, o estar bajo su efecto en las tareas del trabajo.

**5.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: AUDIOMETRIA X VISIOMETRIA X LABORATORIO CLINICO (-)**

**6. CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

Segun la evaluación médica realizada, que incluyó pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, el trabajador no refiere episodios de Vértigo, ni crisis de Epilepsia actuales o previas. Ni el consumo de sustancias psicoactivas, visiometria y audiometria dentro de los parametros normales. APTO PARA LABORAR previa capacitación, entrega de la dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud acorde con lo establecido en la resolución 1409 de 2012 del Ministerio de La Protección Social.

**7, RESTRICCIONES, RECOMENDACIONES y APLAZAMIENTOS**

De acuerdo con el Examen Medico Ocupacional realizado, se consideran las siguientes restricciones y recomendaciones:

| APTO SIN RESTRICCIONES | x | APTO CON RESTRICCIONES | | APTO CON RECOMENDACIONES | | APLAZADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES:** Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007, resolucion 1918 de junio 5 de 2009, resolución 839 de 2017 del Ministerio de La Protección Social, reglamentan la práctica y el contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil en el perfil del cargo y establecer la existencia o no de restricciones o limitaciones del evaluado. También establece que la empresa solo puede conocer EL CERTIFICADO MEDICO, el cual se envía con él. Los documentos completos de la Historia clínica Ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

**Declaro que la información consignada en la Ficha de historia clínica y en este certificado, corresponden a la Información verídica proporcionada en la evaluación médica.**

| | |
|---|---|
| Md. Jose del Rosario Gaviria Patermina<br>C.C. 7.463.535<br>T.A.P. 864387<br>LSST 236298 | Federico Buitrago |
| SELLO Y FIRMA MEDICO SALUD OCUPACIONAL | FIRMA DEL EVALUADO |

ARL | sura

Medellín, 21 de noviembre de 2019

**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 CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: 6,96 % | |
| C100733809 0 | ECHEVERRI FEDERICO BUITRAGO | 22/11/2019 | | 11371932 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/11/2019 12:35:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.36.225, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **FEDERICO BUITRAGO ECHEVERRI**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,007,338,090**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Noviembre de 2019.

Gerente de Clientes

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ıdor | 900759142 | Empleador | CONSTRUCCIONES GADICA S.A.S |
| eración | 2019-11-22 11:16 a.m. | | |
| de | 2019-11-22 00:00 a.m. | Fecha hasta | 2019-11-22 23:59 p.m. |

comfama

**le trabajador dependiente**

| to | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas día | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 71664770 | OSPINA | JARAMILLO | DANIEL | | 21.03.1965 | Masculino | Unión Libre | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 1007338090 | BUITRAGO | ECHEVERRI | FEDERICO | | 25.01.2001 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 19613100 | AVENDAÑO | MAESTRE | EDISON | ANTONIO | 22.03.1965 | Masculino | Soltero | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 71556483 | RODAS | ECHEVERRI | JOHN | FREDY | 11.07.1974 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 1040183387 | SANCHEZ | GARCIA | LUIS | EDUARDO | 25.03.1996 | Masculino | Soltero | Fijo | 828116,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |
| | 1040740279 | BARCO | RODRIGUEZ | JUAN | GUILLERMO | 06.09.1986 | Masculino | Soltero | Fijo | 1450000,00 | 8 | 240 | 22.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 22.11.2019 |

**le personas a cargo**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educativo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**le Conyuges**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 42894145 | RUIZ | LOPEZ | OLGA | LUCIA | 24.10.1967 | Femenino | 71664770 | 22.11.2019 |

**ón de datos de residencia de trabajador**

| documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**abajadores dependientes**

| documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 12

# HOJAS DE VIDA DE LOS OPERADORES DE MAQUINARIA

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

389

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
### CEDULA DE CIUDADANIA

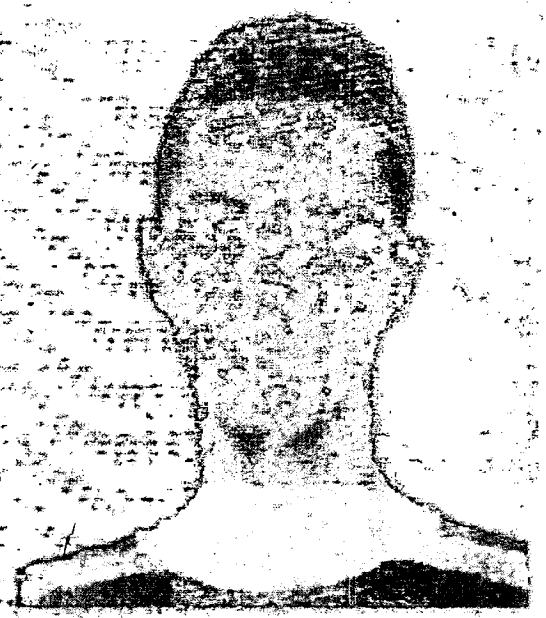
NUMERO **8.060.750**

**DURANGO NAUFFAL**

APELLIDOS

**SERGIO ANDRES**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1985**

**MEDELLIN**
**(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.74**
ESTATURA

**O+**
G.S. RH

**M**
SEXO

**23-ABR-2003 MEDELLIN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0100100-00441174-M-0008060750-20130618 0033460196A 1 2032397618

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4004396765 | 0\|9\|1\|1\|2\|0\|1\|9 |

**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 |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | B. Colectiva ☐ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ / B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ |
| **4. Tipo de afiliado** | **5. Tipo de cotizante** | | **Codigo** (a registrar por la EPS) 1 |
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ | A. Dependiente ☒ | B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| DURANGO (Primer apellido) | NAUFFAL (Segundo apellido) | SERGIO (Primer nombre) | ANDRES (Segundo nombre) |
| **7.Tipo documento de identidad** | **8.Número del documento de identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 6060750 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 1\|4\|0\|4\|1\|9\|8\|5 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 11.Etnia | 12.Discapacidad | | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|---|
| 6 | Tipo F N M | Condicion T P | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PROTECCION | 1200000 |

| 18.Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| CL 43 68 A 50 **Dirección** | **Telefono fijo** | 3215614246 **Telefono celular** | ELPAISASER@GMAIL.COM **Correo electronico** |
| MEDELLIN **Municipio/Distrito** | zona Urbana ☒ Rural ☐ | **Localidad / comuna** | ANTIOQUIA **Departamento** |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

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

| 19. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| **20. Tipo documento de identidad** | **21. Número documento identidad** | **22. Sexo** Femenino ☐ Masculino ☐ | **23. Fecha de nacimiento** |

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS CAB VILLANUEVA - VS UOD VILLANUEVA | VSVILLANUE - VSODVILLAN |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de Identificación | 37. Numero de documnto de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| FUTESA S A | NIT | 811027292 | 01 |

| 39.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 43 DD N8 64 POBLADO LA 10 Dirección | 3222135 Teleéfono | AUXTALENTOHUMANO@FUTESA.COM Correo electrónico | MEDELLIN Municipio/distrito | ANTIOQUIA Departamento |

| No de Radicacion |
|---|
| 4004396765 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. 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. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 8. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 9. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de la identificación**

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

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42.Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | 0\|1\|1\|1\|2\|0\|1\|9 |

| 43.EPS anterior | 44.Motivo de traslado Código: | 45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ 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.
- 51. ☐ 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 por sus funciones la requieran
- 52. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| Sergio | firma |

## IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. 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.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.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.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consista la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN Número ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

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

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

Observaciones

**Recuerde que 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.**

392

ARL | sura

Medellín, 31 de octubre de 2019

**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 FUTESA S.A. que se encuentra EN COBERTURA.

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

| Número identificació | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000936 INVERSIONES CALAFELL | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6,96 % |
| C8060750 | DURANGO NAUFFAL SERGIO ANDRES | 01/11/2019 | | 26262211 | DEPENDIENTE |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/10/2019 16:58:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.107.122, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **DURANGO NAUFFAL SERGIO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **8.060.750** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2009 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 31 de octubre de 2019.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***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

**Informe Registro de novedades Comfama**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NIT Empleador** | 811027292 | **Empleador** | FUTESA S.A. |
| **Fecha generación** | 2019-11-08 08:28 a.m. | | |
| **Fecha desde** | 2019-11-08 00:00 a.m. | **Fecha hasta** | 2019-11-08 23:59 p.m. |

comfama

**Afiliación de trabajador dependiente**

| Tipo documento | Numero documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Estado civil | Tipo de salario | Salario | Horas dia | Horas mes | Fecha ingreso | Actividad | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cédula | 8060750 | DURANGO | NAUFFAL | SERGIO | ANDRES | 14.04.1985 | Masculino | Soltero | Fijo | 1200000,00 | 8 | 240 | 01.11.2019 | VENDEDOR, OPERADOR Y OTRAS OCUPACIONES | 08.11.2019 |

**Afiliación de personas a cargo**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel educat vo | Institución educativa | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Afiliación de Conyuges**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha nacimiento | Género | Documento cotizante | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Actualización de datos de residencia de trabajador**

| Tipo documento | Número documento | Dirección | Departamento | Ciudad | Teléfono fijo | Celular | Correo electrónico o email | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de trabajadores dependientes**

| Tipo documento | Número documento | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Retiro de personas a cargo**

| Tipo documento - Número documento | Tipo documento PAC | Número documento PAC | 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre | Parentesco | Fecha de retiro | Motivo del retiro | Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

394

# CERTIFICADO

EN COMPETENCIA LABORAL

OTORGADO A:

## SERGIO ANDRES DURANGO N.

*Identificado con*

*Cedula de Ciudadanía Nº 8.060.750 de Medellín Antioquia*

*Quien*

*Demostró su Competencia laboral en Operación y Mantenimiento de Maquinaria Pesada, Para Movimientos de Tierra Cargue y Excavaciones ( EXCAVADORA SOBRE ORUGAS ) de Acuerdo al Manual del Equipo y cumpliendo con las Normas técnicas y de Seguridad*

*este documento es personal e intransferible solo acredita al operador allí descrito*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá D.C. a los veintiocho (28) días del mes de agosto de dos mil dieciocho (2018)*

**ASOMAP COLOMBIA**

*NIT: 900.702.702-7*

*ASOCIACIÓN DE OPERADORES DE MAQUINARIA PESADA DE COLOMBIA*

PROTECCION PREVENCION SEGURIDAD

*Firmado Digitalmente Por*
*José Ramírez Hernández*
*Presidente de*
*Asomap Colombia*
*Autenticidad del Documento*
*Descargado - Ricardo*
*Correo: asomapcolombia@gmail.com*
*Tels: 630-3423263 - 3103201037*

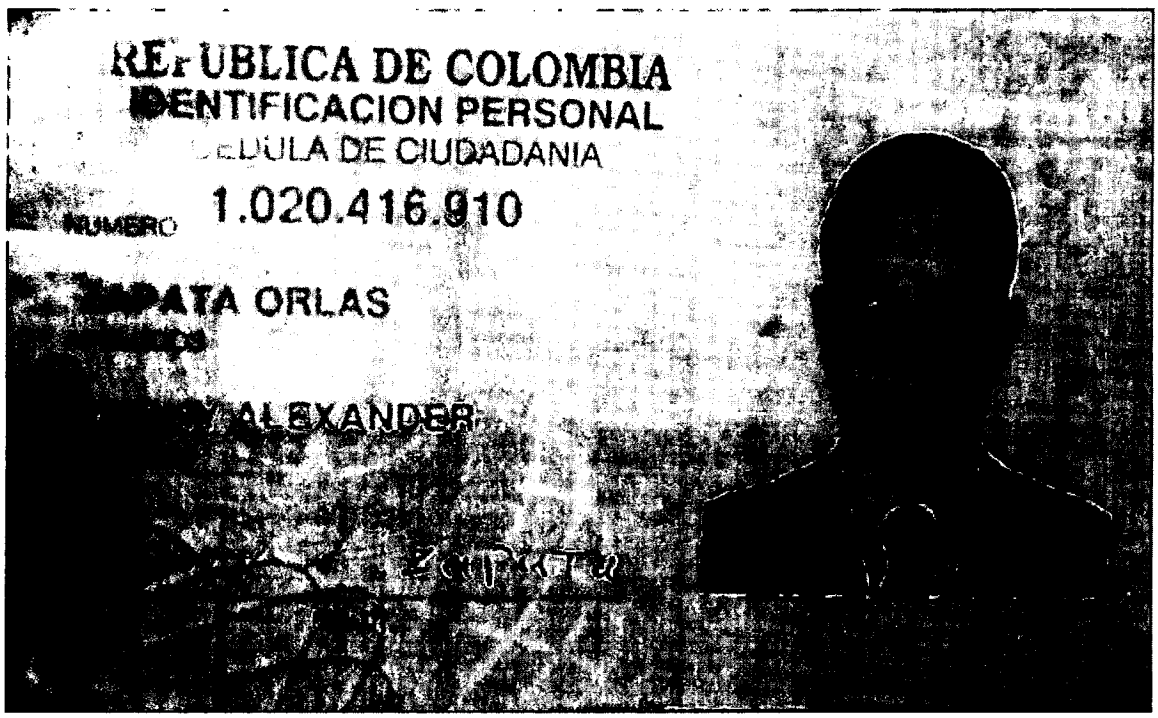
ASOMAP.CO

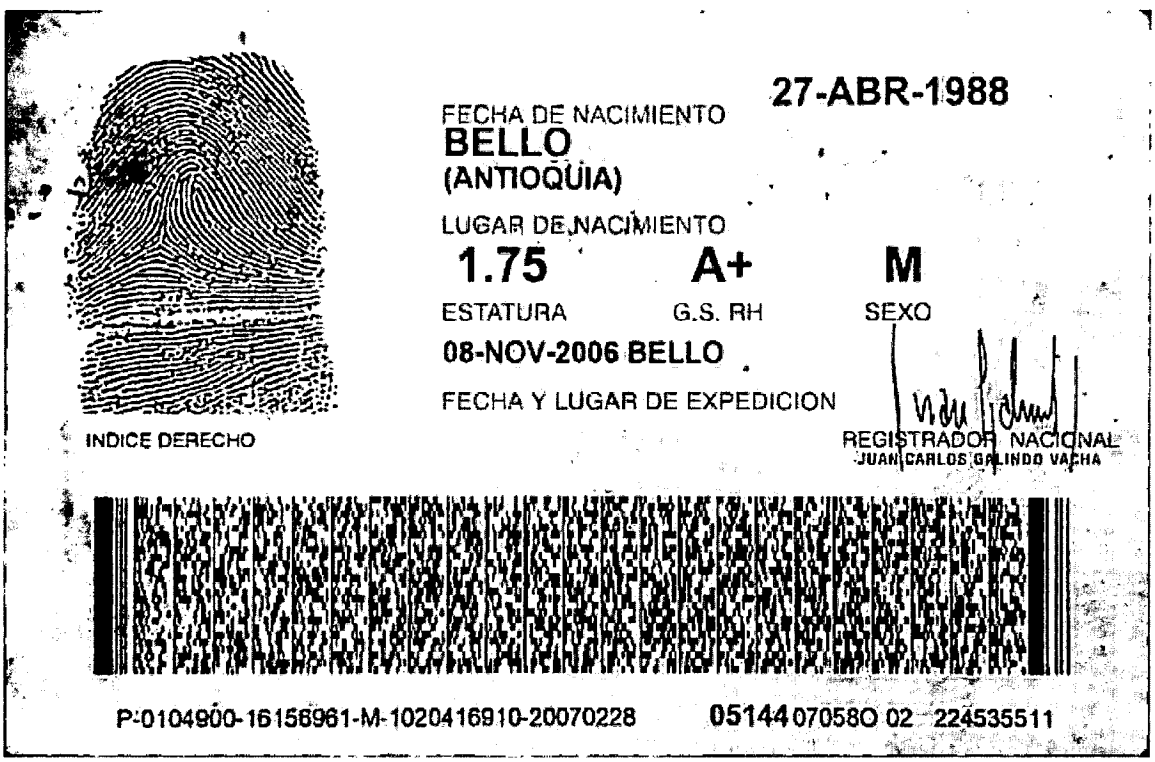
**CENTRO DE FORMACIÓN**

28-Agosto-2019
*Fecha de vencimiento*

*José Ramírez H.*
**PRESIDENTE**
*Firma Digital*

8200-4933 -23-Agosto-2018
*número y fecha de registro*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.020.416.910
PATA ORLAS
ALEXANDER


27-ABR-1988
FECHA DE NACIMIENTO
BELLO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
A+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
08-NOV-2006 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P:0104900-16156961-M-1020416910-20070228
05144 07058O 02 224535511

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-09-16

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S./Maquinaria | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | JHONY ALEXANDER ZAPATA ORLAS | Documento: | CC 1020416910 |
| Fecha de nacimiento: | 1988-04-27 | Lugar de nacimiento: | BELLO (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 31 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | CRA 47 N 53 29 | Municipio: | BELLO |
| Teléfono: | 3135825238 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | OPERADOR VIBRO COMPACTADOR | EPS: | Sura |
| Responsable**: | MARIA ORLAS (MADRE) | Teléfono: | 3135825238 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Fiebre amarilla - Dosis 1 - Ultima dosis: 2019/09/16

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación.

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JHONY ALEXANDER ZAPATA ORLAS con documento de identificación No. 1020416910 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de OPERADOR VIBRO COMPACTADOR del sector económico Construccion

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicite en su entidad de salud evaluación y plan de manejo de su alteración del metabolismo de los carbohidratos por Médico y Nutricionista. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.
2. Tenga en cuenta los peligros de fumar para su salud, la de aquellos que le rodean y defina la conveniencia de dejar de fumar. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

CERTIFICADO MEDICO PARA REALIZAR TRABAJOS AL INTERIOR DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL: De acuerdo con las respuestas dadas en el cuestionario de declaratoria de estado de salud , el resultado de la audiometría, visiometria, el examen de coordinación motriz, por psicología y según la evaluación médica, que incluye un completo examen osteomuscular con pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático, coordinación y tamizaje en el área de la salud mental, se considera que en caso de requerirse, ES APTO PARA REALIZAR TRABAJOS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL. En todo caso, debe tenerse en cuenta el alcance de su licencia de conducción y la formación necesaria para realizar la labor que se salen del alcance del acto médico (resultado de prueba practica y teórica).

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los siguientes son los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico realizados: - Glucosa en suero: alterado, no le afecta el desempeño de la ocupación; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

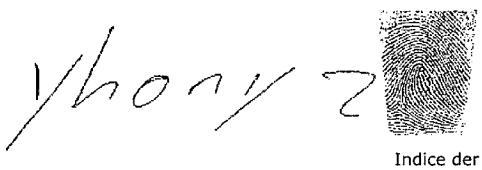
CONSIDERACIONES OCUPACIONALES DADAS POR EL PESO DEL ASPIRANTE PARA TRABAJO EN ALTURAS:
Presenta un peso inferior a 59 kilos con índice de masa corporal bajo por lo cual el encargado de salud ocupacional de la empresa deberá verificar que el peso del trabajador sumado al peso de herramientas y demás dispositivos se encuentren dentro del límite requerido para la activación del sistema anticaídas según anexo técnico para prevenir accidentes. Así mismo, deberá evaluar el sistema de amortiguación y que los elementos de protección personal sean adecuados según especificaciones del fabricante.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR ALTERACION DE EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO: El examen de de glucosa en ayunas muestra un valor ligeramente aumentado, pero se considera que no se asocia a vértigos y no le genera restricciones ocupacionales actualmente. Requiere ser evaluado por su entidad de salud, para la realización de las pruebas

complementarias que permitan definir la existencia de una posible intolerancia a los hidratos de carbono y establecer el plan de manejo correspondiente.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

MONICA MARIA ALVAREZ ARBOLEDA
Médico y Cirujano
Universidad de Antioquia
Resolución Nº 5-0458
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Universidad CES
Licencia Nº 0104272 DSSA



Indice der

JHONY ALEXANDER ZAPATA ORLAS
Documento: 1020416910

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-10-23, 07:36:27 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 41777856

**Periodo Cotización:** septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** octubre de 2019

## PAGADO 22/10/2019

### EL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| al | INGEVIAS S A S | **Nombre Sucursal** | MAQUINARIA 2019 | **Código Sucursal** | 20101 |
| | NI800029899 | **Dirección** | CARRERA 38 5 SUR 65 | | |
| presa | EMPLEADOR | **Teléfono** | 4485587 | | |
| a | JURÍDICA | **Forma Presentación** | SUCURSAL | | |
| | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| nte Legal | RIVERA PALACIO JUAN SEBASTIAN | **Identificación** | CC 98669937 | | |
| os | 70 | **ARP** | ARL SURA | | |

### DEL APORTANTE

| tos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| Y ALEXANDER ZAPATA S | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 14 | 14 | 14 | 14 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 421.608 | $ 67.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 421.608 | $ 16.900 | 6,960 | $ 421.608 | $ 29.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 421.608 | $ 16.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 130.700 |
| SAMIR BLANQUICET LLO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.880.359 | $ 300.900 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.880.359 | $ 75.300 | 6,960 | $ 1.880.359 | $ 130.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.880.359 | $ 75.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 582.400 |
| JOSE JARABA RENTERIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.831.510 | $ 293.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.831.510 | $ 73.300 | 6,960 | $ 1.831.510 | $ 127.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.831.510 | $ 73.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 567.200 |
| ON JAVIER RESTREPO ARCA | 01 | 00 | | | | | | | | X | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.709.324 | $ 273.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.709.324 | $ 68.400 | 6,960 | $ 1.709.324 | $ 119.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.709.324 | $ 68.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 529.300 |
| RA MARCELA OSORIO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 151.583 | $ 24.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 151.583 | $ 6.100 | 0,000 | $ 151.583 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 151.583 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 36.500 |
| RA MARCELA OSORIO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 25 | 25 | 25 | 25 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 757.917 | $ 121.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 757.917 | $ 30.400 | 6,960 | $ 757.917 | $ 52.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 909.500 | $ 36.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240.900 |
| IR DAVID ARBOLEDA AHITA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.046.445 | $ 167.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.046.445 | $ 41.900 | 6,960 | $ 1.046.445 | $ 72.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.046.445 | $ 41.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.200 |
| AVO HERNANDO CHICA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 3.500.000 | $ 595.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 3.500.000 | $ 140.000 | 6,960 | $ 3.500.000 | $ 243.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.500.000 | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.118.600 |
| ICIO ANDRES IGUEZ URREGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.046.445 | $ 167.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.046.445 | $ 41.900 | 6,960 | $ 1.046.445 | $ 72.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.046.445 | $ 41.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.200 |
| UILLERMO MONTOYA DA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.437.356 | $ 230.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.437.356 | $ 57.500 | 6,960 | $ 1.437.356 | $ 100.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.437.356 | $ 57.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 445.100 |
| LIBARDO MACIAS INEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.821.735 | $ 291.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.821.735 | $ 72.900 | 6,960 | $ 1.821.735 | $ 126.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.821.735 | $ 72.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 564.100 |
| OR DE JESUS GONZALEZ ALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 2.113.096 | $ 338.100 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.113.096 | $ 84.600 | 6,960 | $ 2.113.096 | $ 147.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.113.096 | $ 84.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 654.400 |
| MURILLO SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| STIAN CAMILO GOMEZ ILLO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.099.141 | $ 175.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.099.141 | $ 44.000 | 6,960 | $ 1.099.141 | $ 76.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.099.141 | $ 44.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 340.500 |
| AN DARIO DIAZ IGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.663.159 | $ 266.200 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.663.159 | $ 66.600 | 6,960 | $ 1.663.159 | $ 115.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.663.159 | $ 66.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 515.200 |
| DO ANTONIO PERTUZ AL | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.136.667 | $ 181.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.136.667 | $ 45.500 | 6,960 | $ 1.136.667 | $ 79.200 | (CCF41) COMFASUCRE | $ 1.136.667 | $ 45.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 352.100 |
| E ENRIQUE MARQUEZ AN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.811.770 | $ 289.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.811.770 | $ 72.500 | 6,960 | $ 1.811.770 | $ 126.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.811.770 | $ 72.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 561.000 |
| E MIGUEL ESCOBAR ADO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.822.188 | $ 291.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.822.188 | $ 72.900 | 6,960 | $ 1.822.188 | $ 126.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.822.188 | $ 72.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 564.300 |
| AN MANUEL VARGAS AR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.636.168 | $ 261.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.636.168 | $ 65.500 | 6,960 | $ 1.636.168 | $ 113.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.636.168 | $ 65.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 506.700 |



ba Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

**Pagado: 22/10/2019** 84

**Empresa NI800029899 INGEVIAS S A S** **Planilla Nro: 41777856** **Periodo Cotización: septiembre de 2019** **Periodo Servicio: octubre de 2019**

**DEL APORTANTE**

| tos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| EL ALBERTO CORPAS ELA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.427.548 | $ 228.500 | (ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER | $ 1.427.548 | $ 57.200 | 6,960 | $ 1.427.548 | $ 99.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.427.548 | $ 57.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 442.300 |
| NDO GABRIEL LORA ALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 987.155 | $ 158.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 987.155 | $ 39.500 | 6,960 | $ 987.155 | $ 68.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 987.155 | $ 39.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 305.800 |
| IR MANUEL BAUTISTA RA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 9 | 9 | 9 | 9 | (230301) PORVENIR | $ 430.070 | $ 68.900 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 430.070 | $ 17.300 | 6,960 | $ 430.070 | $ 30.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 511.984 | $ 20.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 136.700 |
| O ALEJANDRO REPO GALEANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.342.844 | $ 214.900 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.342.844 | $ 53.800 | 6,960 | $ 1.342.844 | $ 93.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.342.844 | $ 53.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 416.000 |
| NTONIO CANO GARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 925.698 | $ 148.200 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 925.698 | $ 37.100 | 6,960 | $ 925.698 | $ 64.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 925.698 | $ 37.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 286.900 |
| NNY ALEXANDER OZA ARENAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.467.353 | $ 234.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.467.353 | $ 58.700 | 6,960 | $ 1.467.353 | $ 102.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.467.353 | $ 58.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 454.400 |
| RSSON ARBELAEZ NJO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| E ISAAC GARCIA NO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.779.687 | $ 284.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.779.687 | $ 71.200 | 6,960 | $ 1.779.687 | $ 123.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.779.687 | $ 71.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 551.100 |
| ANO ROMAÑA ASPRILLA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.271.323 | $ 203.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.271.323 | $ 50.900 | 6,960 | $ 1.271.323 | $ 88.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.271.323 | $ 50.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 393.800 |
| ADO ANTONIO TORRES IO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| AS ENRIQUE ZAPATA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.755.834 | $ 281.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.755.834 | $ 70.300 | 6,960 | $ 1.755.834 | $ 122.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.755.834 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 543.900 |
| O MANUEL LOPEZ DA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 376.041 | $ 60.200 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 376.041 | $ 15.100 | 6,960 | $ 376.041 | $ 26.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.511.151 | $ 60.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.000 |
| TIBERIO LARGO ADOR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.666.383 | $ 266.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.666.383 | $ 66.700 | 6,960 | $ 1.666.383 | $ 116.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.666.383 | $ 66.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 516.100 |
| IDES BORRERO NTES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.642.738 | $ 262.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.642.738 | $ 65.800 | 6,960 | $ 1.642.738 | $ 114.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.642.738 | $ 65.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 508.900 |
| AGO CORDOBA NCIA | 01 | 01 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 30 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (MIN001) ADRES (MIN001) antes FOSYGA | $ 1.981.049 | $ 79.300 | 6,960 | $ 1.981.049 | $ 137.900 | (CCF32) COMFAMILIAR HUILA | $ 1.981.049 | $ 79.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 296.500 |
| EMILIO GARCIA RQUIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.052.629 | $ 168.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.052.629 | $ 42.200 | 6,960 | $ 1.052.629 | $ 73.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.052.629 | $ 42.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 326.200 |
| A MARIA GRISALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| A MARIA GRISALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 40.000 | $ 6.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 40.000 | $ 1.600 | 0,000 | $ 40.000 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 40.000 | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.600 |
| O CHAVERRA ROBLEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 26 | 26 | 26 | 26 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.558.768 | $ 249.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.558.768 | $ 62.400 | 6,960 | $ 1.558.768 | $ 108.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.558.768 | $ 62.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 482.800 |
| O CHAVERRA ROBLEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (25-14) COLPENSIONES | $ 221.692 | $ 35.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 221.692 | $ 8.900 | 0,000 | $ 221.692 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 193.311 | $ 7.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 52.200 |
| IE OLIVIA PATIÑO IGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.701.000 | $ 432.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.701.000 | $ 108.100 | 6,960 | $ 2.701.000 | $ 188.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.701.000 | $ 108.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 836.400 |
| EL ANTONIO SANDOVAL OY | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.496.851 | $ 239.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.496.851 | $ 59.900 | 6,960 | $ 1.496.851 | $ 104.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.496.851 | $ 59.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.500 |
| IGNACIO GOMEZ LEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 4.816.613 | $ 818.900 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 4.816.613 | $ 192.700 | 6,960 | $ 4.816.613 | $ 335.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.816.613 | $ 192.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.539.600 |
| LFO ANTONIO MORALES LES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.364.156 | $ 218.300 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.364.156 | $ 54.600 | 6,960 | $ 1.364.156 | $ 95.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.364.156 | $ 54.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 422.500 |
| Y VALENCIA GOMEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.367.231 | $ 218.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.367.231 | $ 54.700 | 6,960 | $ 1.367.231 | $ 95.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.367.231 | $ 54.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 423.400 |
| ICIO NIETO RODRIGUEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 14 | 14 | 14 | 14 | (230301) PORVENIR | $ 560.939 | $ 89.800 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 560.939 | $ 22.500 | 6,960 | $ 560.939 | $ 39.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 465.898 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 170.100 |
| DO ALBERTO ALZATE SMA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.535.135 | $ 245.700 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.535.135 | $ 61.500 | 6,960 | $ 1.535.135 | $ 106.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.535.135 | $ 61.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 475.600 |
| LFO HERNANDEZ TA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.596.034 | $ 255.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.596.034 | $ 63.900 | 6,960 | $ 1.596.034 | $ 111.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.596.034 | $ 63.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 494.300 |
| OR JAIME GUARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.014.489 | $ 162.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.014.489 | $ 40.600 | 6,960 | $ 1.014.489 | $ 70.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.014.489 | $ 40.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 314.300 |
| AS ANTONIO ARIAS IZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.528.035 | $ 244.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.528.035 | $ 61.200 | 6,960 | $ 1.528.035 | $ 106.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.528.035 | $ 61.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 473.300 |
| R YOVANY LORZA EDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.126.250 | $ 340.200 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.126.250 | $ 85.100 | 6,960 | $ 2.126.250 | $ 148.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.126.250 | $ 85.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 658.400 |
| ERNANDO OSORIO A | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 963.000 | $ 154.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 963.000 | $ 38.600 | 6,960 | $ 963.000 | $ 67.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 963.000 | $ 38.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 298.400 |
| ARDO FABIO MARIN ON | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 90.345 | $ 14.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 90.345 | $ 3.700 | 6,960 | $ 90.345 | $ 6.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 94.109 | $ 3.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 28.300 |
| N HEIBER HIGUITA IA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.550.019 | $ 248.100 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.550.019 | $ 62.100 | 6,960 | $ 1.550.019 | $ 107.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.550.019 | $ 62.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 480.200 |
| L EDGAR GIRALDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.139.215 | $ 182.300 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.139.215 | $ 45.600 | 6,960 | $ 1.139.215 | $ 79.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.139.215 | $ 45.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 352.800 |
| ALBERTO PEÑA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.992.842 | $ 318.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.992.842 | $ 79.800 | 6,960 | $ 1.992.842 | $ 138.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.992.842 | $ 79.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 617.300 |
| ADO DE JESUS ARANGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.320.010 | $ 211.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.320.010 | $ 52.900 | 6,960 | $ 1.320.010 | $ 91.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.320.010 | $ 52.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 409.000 |
| OR GOMEZ QUINCHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 10 | 10 | 10 | 10 | (25-14) COLPENSIONES | $ 290.374 | $ 46.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 290.374 | $ 11.700 | 0,000 | $ 290.374 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 290.374 | $ 11.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 69.900 |



ba Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

# CONSORCIO VIAL GS 2019

NIT: 901.323.142-2

CONTRATO DE INTERVENTORÍA N° 4600010174

Para el desarrollo de este proyecto la interventoría cuenta con un grupo de profesionales en las diferentes áreas los cuales se relacionan:

| | |
|---|---|
| GERARDO DÍAZ MANJARRÉS | Representante Legal |
| HUMBERTO BOLÍVAR | Director de Interventoría |
| BIRON NIETO | Auxiliar de Interventoría |
| JORGE LÓPEZ | Auxiliar de Interventoría |
| LINA MARCELA GIRALDO OSOSRIO | Residente Social |
| JORGE IVAN GUEVARA RAMÍREZ | Tecnólogo SST |
| VICTORIA CAROLINA DÍAZ QUIROZ | Residente Ambiental |
| DIANA LÓPEZ CARDONA | Auxiliar Administrativa |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ELABORÓ** | **Tecnólogo SST de Interventoría** | **FIRMA**<br>Jorge Iván Guevara Ramírez | **FECHA**<br>Noviembre de 2019 |
| **REVISÓ** | **Gerardo Díaz Manjarrés** | **FIRMA**<br>Ing. Gerardo Díaz Manjarrés | **FECHA**<br>Noviembre de 2019 |
| **APROBÓ** | **Supervisor de SIF- Gobernación De Antioquia** | **FIRMA**<br>Alcides Díaz | **FECHA**<br>Noviembre de 2019 |



**Pagado: 22/10/2019** **Empresa NI800029899 INGEVIAS S A S** **Planilla Nro: 41777856** **Periodo Cotización: septiembre de 2019** **Periodo Servicio: octubre de 2019**

## DEL APORTANTE

### tos del Afiliado / Novedades / Pensiones / Salud / Riesgos / Cajas / Parafiscales / Total

| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| )R GOMEZ QUINCHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.363.468 | $ 218.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.363.468 | $ 54.600 | 6,960 | $ 1.363.468 | $ 94.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.363.468 | $ 54.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 422.300 |
| MARIO LONDOÑO DAVID | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.868.634 | $ 299.000 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.868.634 | $ 74.800 | 6,960 | $ 1.868.634 | $ 130.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.868.634 | $ 74.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 578.700 |
| :R PEREZ SEPULVEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.313.245 | $ 210.200 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.313.245 | $ 52.600 | 6,960 | $ 1.313.245 | $ 91.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.313.245 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 406.900 |
| NDO DE JESUS CATAÑO LES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.530.375 | $ 244.900 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 1.530.375 | $ 61.300 | 6,960 | $ 1.530.375 | $ 106.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.530.375 | $ 61.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 474.100 |
| ANTONIO SOSA ES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.048.374 | $ 167.800 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.048.374 | $ 42.000 | 6,960 | $ 1.048.374 | $ 73.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.048.374 | $ 42.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.800 |
| ANTONIO RENTERIA IUERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.751.680 | $ 280.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.751.680 | $ 70.100 | 6,960 | $ 1.751.680 | $ 122.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.751.680 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 542.500 |
| N DE JESUS MONTOYA ICIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 23 | 23 | 23 | 23 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.260.775 | $ 201.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.260.775 | $ 50.500 | 6,960 | $ 1.260.775 | $ 87.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.260.775 | $ 50.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 390.800 |
| N DE JESUS MONTOYA ICIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | (25-14) COLPENSIONES | $ 305.241 | $ 48.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 305.241 | $ 12.300 | 0,000 | $ 305.241 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 305.241 | $ 12.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 73.500 |
| ANDRES HENAO RO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 19 | 19 | 19 | 19 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.036.240 | $ 165.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.036.240 | $ 41.500 | 6,960 | $ 1.036.240 | $ 72.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.036.240 | $ 41.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 321.000 |
| H JAIR CASTILLO ES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 2.143.750 | $ 343.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 2.143.750 | $ 85.800 | 6,960 | $ 2.143.750 | $ 149.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.143.750 | $ 85.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 663.900 |
| E ALEXANDER MARIN ARA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.288.848 | $ 206.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.288.848 | $ 51.600 | 6,960 | $ 1.288.848 | $ 89.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.288.848 | $ 51.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 399.300 |
| DO ANTONIO YAVE BETANCUR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.182.949 | $ 189.300 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 1.182.949 | $ 47.400 | 6,960 | $ 1.182.949 | $ 82.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.182.949 | $ 47.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 366.500 |
| ALBERTO PARRA ELO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.670.237 | $ 267.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.670.237 | $ 66.900 | 6,960 | $ 1.670.237 | $ 116.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.670.237 | $ 66.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 517.400 |
| MIGUEL MARTINEZ AR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.622.394 | $ 259.600 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.622.394 | $ 64.900 | 6,960 | $ 1.622.394 | $ 113.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.622.394 | $ 64.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 502.400 |
| ON ALBERTO POSADA RDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.183.009 | $ 189.300 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.183.009 | $ 47.400 | 6,960 | $ 1.183.009 | $ 82.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.183.009 | $ 47.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 366.500 |
| ON LEON RESTREPO A | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.013.436 | $ 322.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.013.436 | $ 80.600 | 6,960 | $ 2.013.436 | $ 140.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.013.436 | $ 80.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 623.600 |
| ALBERTO FLOREZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.441.937 | $ 230.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.441.937 | $ 57.700 | 6,960 | $ 1.441.937 | $ 100.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.441.937 | $ 57.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 446.600 |
| NI ANDREY GIRALDO TA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 17 | 17 | 17 | 17 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.232.830 | $ 197.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.232.830 | $ 49.400 | 6,960 | $ 1.232.830 | $ 85.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.331.037 | $ 173.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 505.900 |

### ES

| | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 310 | $ 104.711.359 | $ 104.711.359 | $ 109.058.515 | $ 16.523.300 | $ 4.192.400 | $ 7.221.200 | $ 4.366.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 32.303.000 | $ 0 | $ 32.303.000 |



ba Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

D.O: 0709-0688 PED: I H: I/I

REPUBLICA DE COLOMBIA — DIAN

# Declaración de Importación

Privada | 500

1. Año 2009

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario: 482009000104164-2

**Importador**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV. | 11. Apellidos y nombres o Razón Social |
|---|---|---|
| 800029899 | 2 | INGENIERIA Y VIAS S.A. |

| 13. Dirección | 15. Teléfono | 12. Cód. Admón | 16. Cód. Dpto | 17. Cód. Ciudad Municipio |
|---|---|---|---|---|
| CL 49 S 43 A 180 | 2885587 | 48 | 05 | 266 |

**Declarante**

| 24. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 25. DV | 26. Razón social del declarante autorizado | 27. Tipo usuario | 28. Cód. usuario |
|---|---|---|---|---|
| 811001259 | 7 | AGENCIA DE ADUANAS ROLDAN S.A. NIVE | 26 | 0105 |

| 29. Número documento de identificación | 30. Apellidos y nombres |
|---|---|
| 23190285 | CASTILLO AMOR DORA JUDITH |

| 31. Clase importador | 32. Tipo declaración | 33. Cod. | 34. No. Formulario Anterior | 35. Año - Mes - Día | 36. Cod. Admón. | 37. Declaración de Exportación | 38. Año - Mes - Día | 39. Cod. Admón. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | Inicial | 1 | XXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX | No. XXXXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX |

| 40. Cod. lugar ingreso de las mercancías | 41. Cod. Depósito | 42. Manifiesto de carga | 43. Año - Mes - Día | 44. Documento de transporte | 45. Año - Mes - Día |
|---|---|---|---|---|---|
| CTG | 7201 | No. 482009000002198 | 2009 - 05 - 01 | No. 6253CMO-7238-CTG-01 | 2009 - 04 - 24 |

| 46. Nombre exportador o proveedor en el exterior | 47. Ciudad | 48. Cod.País Exportador |
|---|---|---|
| LAMAN EQUIPMENT SALES & RENTALS | CAVE CITY | 249 |

| 49. Dirección exportador o proveedor en el exterior | 50. E-mail |
|---|---|
| 819 NORTH MAIN STREET P.O. BOX 161 | 870-283-3264 |

| 51. No. de factura | 52. Año - Mes - Día | 53. Cod. país procedencia | 54. Cod. Modo Transporte | 55. Código de Bandera | 56. Cod. Depto destino | 57. Empresa transportadora | 58. Tasa de cambio $ cvs. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2009 - 03 - 27 | 249 | 1 | 434 | 5 | CARIBBEAN AMERICAN SHIPPING AGENCY LTDA | 2,208.98 |

**S**

| 59. Subpartida arancelaria | 60. Cod. Complementario | 61. Cod. Suplementario | 62. Cod. Modalidad | 63. No. cuotas o meses | 64. Valor cuota USD | 65. Periodicidad del pago de la cuota | 66. Cod. país de origen | 67. Cod. Acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8429400000 | XX | XX | C100 | XX | XXXX | XX | 249 | XXX |

| 68. Forma de pago de la importación | 69. Tipo de importación | 70. Cod. país compra | 71. Peso bruto kgs | dcms | 72. Peso neto kgs | dcms | 73. Código embalaje | 74. No. bultos | 75. Subpartidas | 76. Cod. unidad comercial | 77. Cantidad dcms. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 01 | 249 | 7,030.68 | | 7,030.68 | | BT | 1 | 1 | u | 1.00 |

| 78. Valor FOB USD | 79. Valor fletes USD |
|---|---|
| 28,000.00 | 2,023.50 |

| 80. Valor Seguros USD | 81. Valor Otros Gastos USD |
|---|---|
| 140.00 | 413.71 |

| 82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD | 83. Ajuste valor USD |
|---|---|
| 2,577.21 | 0.00 |

| 84. Valor aduana USD | 85. Código régimen o licencia | 86. Numero |
|---|---|---|
| 30,577.21 | L | 20440301 |

| 87. Cod. oficina | 88. Año | 89. Programa No | 90. Cód Interno del Producto |
|---|---|---|---|
| 3 | 2009 | XXXXXXXXXX | 0 |

Autoliquidacion

| Concepto | % | Base | Total Liquidado ($) | Total a pagar con esta declaración ($) | Total Liquidado (USD) |
|---|---|---|---|---|---|
| Arancel | 5.00 | 67,544,445 | 3,377,000 | 3,377,000 | 0 |
| I.V.A. | 16.00 | 70,921,445 | 11,347,000 | 11,347,000 | 0 |
| Salvaguardia | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Derechos Compensatorios | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Derechos Antidumping | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sancion | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Rescate | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | Total | 14,724,000 | | 0 |

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripcion de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

PRODUCTO;APLANADORA,MARCA;INGERSOLL-RAND, MODELO;SD70D TF,ESTADO: USADA.ANO DE FABRICACION; 2006, VALOR CUANDO NUEVA;;USD 50000, APLANADORA NUMERO DE IDENTFICACION; VIBROCOMPA.TIPOR DE 1 UN TAMBOR O RODILLOVIBRATIL DELANTERO; Y DOS RUEDAS INFLABLES ESTRIADAS TRASERAS ESCUALIZABLES; MARCA; INGERSOLL-RAND. MODELO; SD70D TF, CODE; SHP, SERIAL;185320 ANO Y PAIS DE FABRICACION; 2006; USA, COLOR; VERDE. MOTOR DIESELDE FABRICACION USA; 2.200 RPM; MARCA; CUMMINS, MODELO; B4 5 , FAMILIA; 5GEX80275AAC, CIA/L; 275/4.5, AN O DE FABRICACION; 2005, NUMERO ;30695734. REF; SD70D TF CANT; 1 UND XXXXXXXXXXXXXX

BBVA Seguros

# MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS
## PÓLIZA No. 028171037447
### CERT. No. 2

Anexo No - 0 Renovación

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Lugar y Fecha de Expedición** | MEDELLIN 23/09/2019 | **Sucursal** | MEDELLIN |
| **Tomador** | INGEVÍAS S.A.S | **C.C. o Nit** | 800.029.899-2 |
| **Dirección Comercial** | CL 6 SUR #38 -15 | **Ciudad:** BOGOTA, D.C. | **Teléfono** 4485587 |
| **Asegurado** | INGEVÍAS S.A.S | **Teléfono** 4485587 | **C.C. o Nit** 800.029.899-2 |
| **Beneficiario** | INGEVÍAS S.A.S | **Teléfono** 4485587 | **C.C. o Nit** 800.029.899-2 |
| **Valor Asegurado Total** | $ 15,308,979,536 | **Vigencia Desde** 13/09/2019 16:00: **Horas** | **Hasta** 13/09/2020 16:00:**Horas** |

**DETALLE OTROS CONTENIDOS**

**RAMO** 42- MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS

| Cantidad | Descripción del Bien | Referencia | Valor Total |
|---|---|---|---|
| 1 | BULLDOZER | 4 X 02619 | $ 91,647,417 |
| 1 | RETRORXCAVADORA SOBRE LLANTAS | TEC701376 | $ 123,801,272 |
| 1 | BULLDOZER | LJR 00649 | $ 422,367,502 |
| 1 | EXCAVADORA | BCM 01101 | $ 105,438,785 |
| 1 | EXCAVADORA | 3MR02053 | $ 133,730,109 |
| 1 | EXCAVADORA | PAB 003338 | $ 235,172,559 |
| 1 | EXCAVADORA | A8F 03121 | $ 330,556,759 |
| 1 | EXCAVADORA | KGF 00406 | $ 273,637,758 |
| 1 | EXCAVADORA | CAE 02360 | $ 141,104,125 |
| 1 | EXCAVADORA | CAE 03135 | $ 151,219,854 |
| 1 | EXCAVADORA | JBC01520 | $ 269,306,434 |
| 1 | EXCAVADORA | LSW024DLE0026B | $ 316,623,639 |
| 1 | EXCAVADORA | PD 0000828 | $ 493,450,296 |
| 1 | EXCAVADORA | LE0001133 | $ 516,328,495 |
| 1 | EXCAVADORA | HE0007099 | $ 353,723,860 |
| 1 | RETROEXCAVADOR | BFP10010 | $ 108,480,832 |
| 1 | RETROEXCAVADOR | MFG 04679 | $ 255,325,562 |
| 1 | RETROEXCAVADOR | ABC540029 | $ 224,453,537 |
| 1 | RETROEXCAVADOR | CBC540635 | $ 224,453,537 |
| 1 | MOTONIVELADORA | 29239 | $ 139,522,551 |
| 1 | MOTONIVELADORA | SZN 01288 | $ 383,032,537 |
| 1 | MOTONIVELADORA | SZN00758 | $ 363,283,965 |
| 1 | MOTONIVELADORA | JAP 01434 | $ 381,480,142 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | 199397 | $ 168,757,876 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | 185320 | $ 126,033,709 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | H2060995 | $ 156,375,669 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | C5R00531 | $ 144,774,502 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | 45044 | $ 34,740,287 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | H2061846 | $ 25,575,076 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | H1790691 | $ 139,399,545 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | 161462 | $ 60,353,570 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | 4 AL 00999 | $ 138,347,732 |
| 1 | BOMBA CONCRETO | 7501044 | $ 173,135,705 |
| 1 | AUTOHORMIGONER | F15B94 | $ 233,864,645 |
| 1 | FINISHER | 10002116H0G000878 | $ 661,847,200 |
| 1 | BULLDOZER | RKG01398 | $ 129,355,452 |
| 1 | CARGADOR | DJD01667 | $ 209,922,516 |
| 1 | EXCAVADORA | DTB0006808 | $ 400,759,799 |
| 1 | EXCAVADORA | CE0006478 | $ 368,900,413 |
| 1 | VIBROCOMPACTADOR | 160746 | $ 93,307,830 |
| 1 | MARTILLO | 4 GL 06008 | $ 12,301,009 |
| 1 | EXCAVADORA | AKF0006944 | $ 294,072,574 |
| 1 | PLANTA DE ENERGIA | OLY00000J11700941 | $ 9,292,948 |
| 1 | COMPRESOR | 366312UBQB02 | $ 17,023,666 |
| 1 | COMPRESOR | 451332UBXD75 | $ 23,569,988 |
| 1 | BOMBA DE CONCRETO | 7501090 | $ 185,196,911 |

BBVA Seguros

# MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS
## PÓLIZA No. 028171037447
### CERT. No. 3

Anexo No - 0 Renovación

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Lugar y Fecha de Expedición** | MEDELLIN 23/09/2019 | **Sucursal** | MEDELLIN |
| **Tomador** | INGEVÍAS S.A.S | **C.C. o Nit** | 800.029.899-2 |
| **Dirección Comercial** | CL 6 SUR #38 -15 | **Ciudad:** BOGOTA, D.C. | **Teléfono** 4485587 |
| **Asegurado** | INGEVÍAS S.A.S | **Teléfono** 4485587 | **C.C. o Nit** 800.029.899-2 |
| **Beneficiario** | INGEVÍAS S.A.S | **Teléfono** 4485587 | **C.C. o Nit** 800.029.899-2 |
| **Valor Asegurado Total** | $ 15,308,979,536 | **Vigencia Desde** 13/09/2019 16:00: **Horas** | **Hasta** 13/09/2020 16:00:**Horas** |

**DETALLE OTROS CONTENIDOS**

**RAMO** 42- MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS

| Cantidad | Descripción del Bien | Referencia | Valor Total |
|---|---|---|---|
| 1 | AUTOHORMIGONER | LH6820766 | $ 309,041,120 |
| 1 | CARGADOR | PPF1010088 | $ 418,901,561 |
| 1 | CARGADOR | PKF1010089 | $ 360,121,249 |
| 1 | EXCAVADORA | CEBACLF0017323 | $ 467,410,073 |
| 1 | EXCAVADORA | CEBACHF00173 | $ 467,410,073 |
| 1 | MARTILLO | 20-H487 | $ 76,418,239 |
| 1 | MINICARGADOR SOBRE LLANTAS | JAFSR220XKM459143 | $ 109,000,000 |
| 1 | MARTILLO | 38326 | $ 33,994,523 |
| 1 | MARTILLO | 30-H683 | $ 127,736,996 |
| 1 | TORRE DE ILUMINACION | 38176 | $ 34,834,248 |
| 1 | MARTILLO | 19D17E27 | $ 60,000,038 |
| 1 | MINICARGADOR | JAFSR220TJM450132 | $ 109,000,000 |
| 1 | TORRE DE ILUMINACION | 38268 | $ 33,994,523 |

BBVA Seguros

# MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS
## PÓLIZA No. 028171037447
### CERT. No. 4

Anexo No - 0 Renovación

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lugar y Fecha de Expedición** | MEDELLIN 23/09/2019 | | | **Sucursal** | MEDELLIN |
| **Tomador** | INGEVÍAS S.A.S | | | **C.C. o Nit** | 800.029.899-2 |
| **Dirección Comercial** | CL 6 SUR #38 -15 | **Ciudad:** | BOGOTA, D.C. | **Teléfono** | 4485587 |
| **Asegurado** | INGEVÍAS S.A.S | **Teléfono** | 4485587 | **C.C. o Nit** | 800.029.899-2 |
| **Beneficiario** | INGEVÍAS S.A.S | **Teléfono** | 4485587 | **C.C. o Nit** | 800.029.899-2 |
| **Valor Asegurado Total** | $ 15,308,979,536 | **Vigencia Desde** | 13/09/2019 16:00: **Horas** | **Hasta** | 13/09/2020 16:00:**Horas** |

**DETALLE OTROS CONTENIDOS**

**RAMO** 42- MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS

| Cantidad | Descripción del Bien | Referencia | Valor Total |
|---|---|---|---|
| 1 | PLANTA DE ENERGIA | 875892158 | $ 20,837,606 |
| 1 | PLANTA DE TRITURADORA | 1798 | $ 293,717,099 |
| 1 | PLANTA DE ENERGIA | 34511100494 | $ 8,920,263 |
| 1 | PLANTA DE ENERGIA | 31515060348 | $ 10,219,546 |

406

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

**No. 4231**

| No. DE REGISTRO | MARCA | LINEA | AÑO MODELO |
|---|---|---|---|
| MC022527 | INGERSOLL RAND | SD70DTF | 2008 |

| TIPO DE MAQUINARIA | CLASE | No. SERIE |
|---|---|---|
| CONSTRUCCION | VIBROCOMPACTADORA | 155720 |

| COLOR(ES) | No. MOTOR | RODAJE |
|---|---|---|
| VERDE | 30695734 | NEUMATICOS Y CILINDROS |

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 7144 Kg | 2920 mm | 1530 mm | 5040 mm |

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES: INGENIERIA Y VIAS S.A.S.

IDENTIFICACION: NIT 800.029.899

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACION

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR: STRIA TTEYTTO ENVIGADO

| FECHA REGISTRO | FECHA EXPEDICION | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 07-09-2015 | 07-09-2015 | ****** |

| ORIGEN | DEC. IMPORTACIÓN | FECHA DE LEVANTE |
|---|---|---|
| IMPORTACIÓN | 482009000104164 | 12/05/2009 |

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM03000002116

## INGENIERIA Y VIAS SAS

## INFORME DE MANTENIMIENTOS HECHOS

Imprimir

**INFORME DEL 2018-01-01 al 2019-10-22**

**Informe de la maquina VIBROCOMPACTADOR SD70D TF y tipo de mantenimiento horometro , todos los tipos**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 878 | VIBROCOMPACTADOR SD70D TF | 2018-01-04 | 851.00 | 0.00 | A |
| 1006 | VIBROCOMPACTADOR SD70D TF | 2018-03-27 | 1084.00 | 0.00 | B |
| 1007 | VIBROCOMPACTADOR SD70D TF | 2018-05-18 | -64.00 | 0.00 | A1 |
| 1085 | VIBROCOMPACTADOR SD70D TF | 2018-09-05 | 186.00 | 0.00 | C |
| 1183 | VIBROCOMPACTADOR SD70D TF | 2019-01-20 | 518.00 | 0.00 | A |
| 1318 | VIBROCOMPACTADOR SD70D TF | 2019-08-21 | 564.00 | 0.00 | B |

Imprimir

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERÍA Y VÍAS S.A.S.<br>FORMATO PARA FICHA TÉCNICA GENERAL | Documento No.<br>PME-FO-07<br>Versión 1<br>28/03/2017 |
|---|---|---|

**NOMBRE DEL EQUIPO:** Vibrocompactador Ingersoll Rand
**PLACA:** SD 70 D TF

## INFORMACION GENERAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Serie Maquina | | 185320 | | | | | |
| Motor Cumins | Modelo | B 4.5 | 92 H.P. | Impronta | A | Grabado | A |
| Family | | 5 CEXL 0275 AAC | | | | | |
| CID/L | | 275/4.5 | | | | | |
| C.P.L. | | 8204 | | | | | |
| Serie Motor | | 306 95 734 | | | | | |
| Año de Fabricacion | | 2006 | | | | | |
| Peso para Embarque | | 7200 | | | | | |
| Fecha de llegada al taller | | 16-may-09 | | | | | |
| Horometro de Llegada | | 572.4 | | | | | |

## FILTRACION

| | | |
|---|---|---|
| MOTOR | BT 427 | |
| COMBUSTIBLE | BF 1280 | |
| COMBUSTIBLE | FF 5462 | BF 840 |
| HIDRAULICO USA DOS | BT 8840 MPG | 59877779 |
| HIDRAULICO | BT 839-10 | 59764498 |
| AIRE PRIMARIO | RS 3544 | |
| AIRE SECUNDARIO | RS 3545 | 6569 |

## COMPONENTES DE MOTOR

TURBOALIMENTADOR

## COMPONENTES HIDRAULICOS

| | | |
|---|---|---|
| Motor de Vibracion | Serial No. | K-05-24-16220 |
| Correa | 8PK 1840 | |

## COMPONENTES ELECTRONICOS Y ELECTRICOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Bobina valvula de vibracion | 507847 | Eaton/Vickers | CS 10 | 12 V | 30 W |

## COMPONENTES DE RODAJE

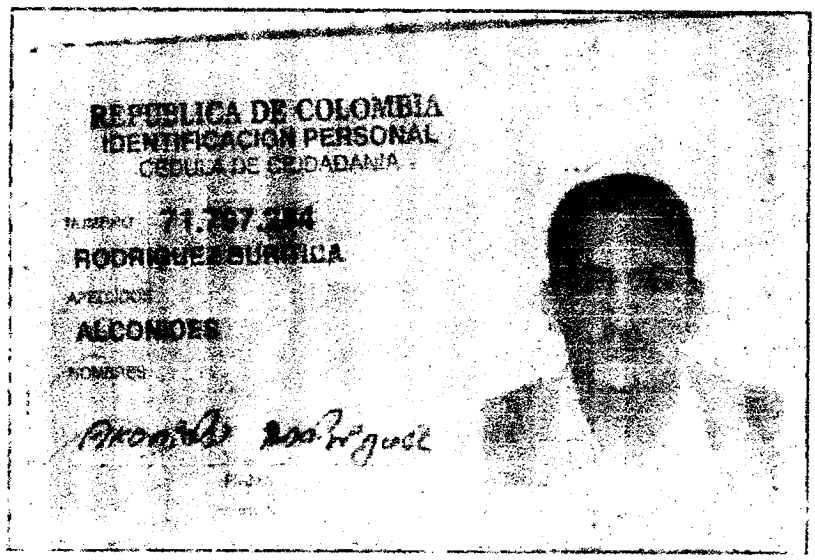
| | |
|---|---|
| Llanta Trasrea | 14,9 - 24 - Heavy Duty - R 3 |
| Neumatico | 13,6 - 24 |
| Rodillo | |

## COMPONENTES DE HERRAMIENTAS DE CORTE

## COMPONENTES DE CHASIS

| | |
|---|---|
| Resorte Capot (Usa Dos) | 13460365 |

## COMPONENTES VARIOS

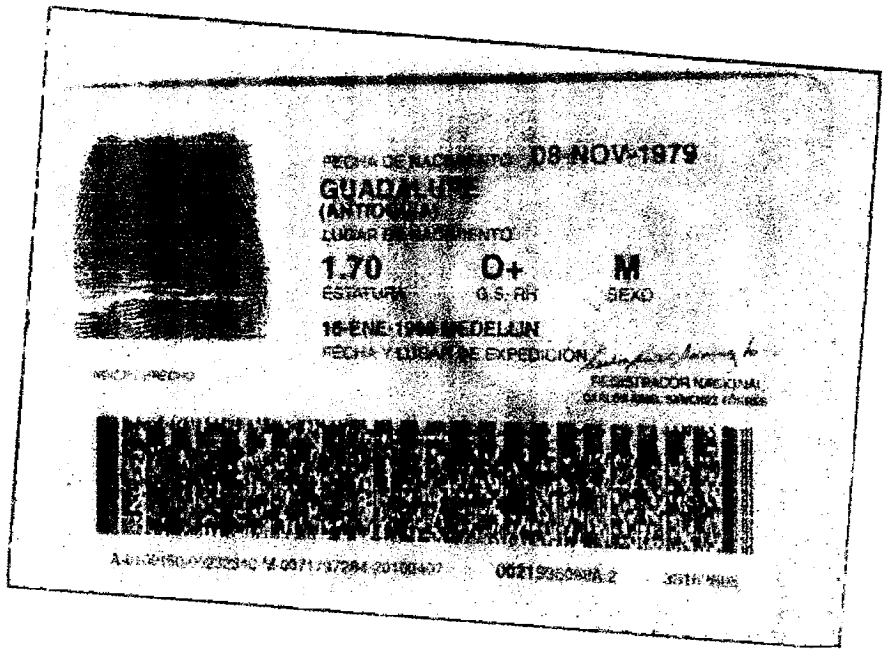


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71.797.284
RODRIGUEZ BURITICA

APELLIDOS
ALCONDES

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1979
GUADALUPE
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

16-ENE-1998 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

410

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 71797284

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre ó Razón Social | JLG HNOS SAS | | |
| Tipo Identificación | NIT | Número de Identificación | 901122537 |
| Ciudad/Municipio | SABANETA | Departamento | ANTIOQUIA |
| Dirección | CRA 35 # 75 SUR 41 TORRE 2 APT0 | Teléfono | 2000000 |
| Tipo Empresa | PRIVADA | Actividad Económica | Otras actividades especializadas |
| Tipo Aportante | 01-EMPLEADOR | Clase Aportante | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |
| Forma Presentación | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | SI |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número Planilla | **7733168780** | Tipo de Planilla | E-EMPLEADOS |
| Periodo Cotización Otros | septiembre / 2019 | Periodo Cotización Salud | octubre / 2019 |
| Dias de Mora | 6 | Fecha Pago | 2019/10/15 |
| Número Autorización | 507789400 | | |

| INFORMACIÓN BÁSICA | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres | ALCONIDES | Apellidos | RODRIGUEZ BURITICA |
| Tipo de Identificación | CC | Número de Identificación | 71797284 |
| Tipo cotizante | DEPEND | Subtipo Cotizante | |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior | NO | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : | | | SI |
| Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | MEDELLIN |
| Salario Básico | $ 828.116 | Salario Integral | NO |

Operador Bobcat 185

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **PENSIÓN** | | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Dias | 30 | IBC | $ 828.116 |
| Tarifa | 16,000 % | Cotización Obligatoria | $ 132.500 |
| FSP - Solidaridad | $ 0 | FSP - Subsistencia | $ 0 |
| Aportes Voluntarios Empleador | $ 0 | Aportes Voluntarios Cotizante | $ 0 |
| Indicadador tarifa especial | Normal | **Total Aporte** | **$ 132.500** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SALUD** | | Administradora | EPS002-SALUD TOTAL |
| Dias | 30 | IBC | $ 828.116 |
| Tarifa | 4,000 % | Cotización Obligatoria | $ 33.200 |
| Nro Incapacidad por Enf. General | | Valor | $ 0 |
| Nro Licencia de Maternidad | | Valor | $ 0 |
| UPC Adicional | $ 0 | **Total Aporte** | **$ 33.200** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | Administradora | 14-11 - ARL SURA |
| Dias | 30 | IBC | $ 828.116 |
| Clase de Riesgo | V | Tarifa | 6,960 % |
| Centro de Trabajo | | **Total Aporte** | **$ 57.700** |

| APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Administradora | Dias Cotizados | Tarifa | IBC | Total Aporte |
| CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 30 | 4,000 % | $ 828.116 | $ 33.200 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 256.600** |

491

**APTO**

**CERTISUR LTDA**
**Prestador:** 053601062002
**Direccion:** Cll 50 Nro 43 - 24
**Telefono:** 3749106
**Email:** certisur@hotmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS EN ALTURAS**

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | ANTIOQUIA / MEDELLN - 2018/10/10 | | |
| Paciente: | ALCONIDES RODRIGUEZ BURITICA | Origen: | JLG HNOS |
| C.C.: | 71797284 | Destino: | JLG HNOS |
| Edad: | 38 años | Cargo: | OPERARIO |
| Tipo Evaluación: | **EXAMEN INGRESO** | Nro Ingreso: | 006904 / PRINCIPAL |
| Fecha Ingreso: | 2018-08-29 08:12:24 | Fecha Salida: | 2018-08-29 16:27:00 |



## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNACION |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA | CITOQUIMICO- II | | |
| VISIOMETRIA | GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | | |
| ALTURAS | PERFIL LIPIDICO | | |

## Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: **APTO**

OBSERVACIONES:

ENFASIS - ALTURAS: **APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS**

## Recomendaciones Generales

| | | |
|---|---|---|
| ☑ Examen Periodico Ocupacional | ☐ Realizacion Pruebas Complementarias | ☑ Uso de E.P.P. |
| ☐ Manejo Psicolaboral | ☐ Remitir a ARL | ☑ Control Periodico PP por EPS |
| ☑ Pausas Activas | ☐ Remitir a EPS | |
| ☑ Higiene Postural | ☐ Continuar Manejo Medico | |

## 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. |

## Recomendaciones Especificas

REALIZAR EJERCICIO FISICO REGULARMENTE, DIETA BALANCEADA, ESTILO DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS SEGÚN EL PROTOCOLO DE LA EMPRESA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN EL CARGO Y EL RIESGO, OPTOMETRIA ANUAL, USO DE LENTES SEGUN PRESCRIPCION POR OPTOMETRIA

**Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. 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 presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de CERTISUR LTDA.**

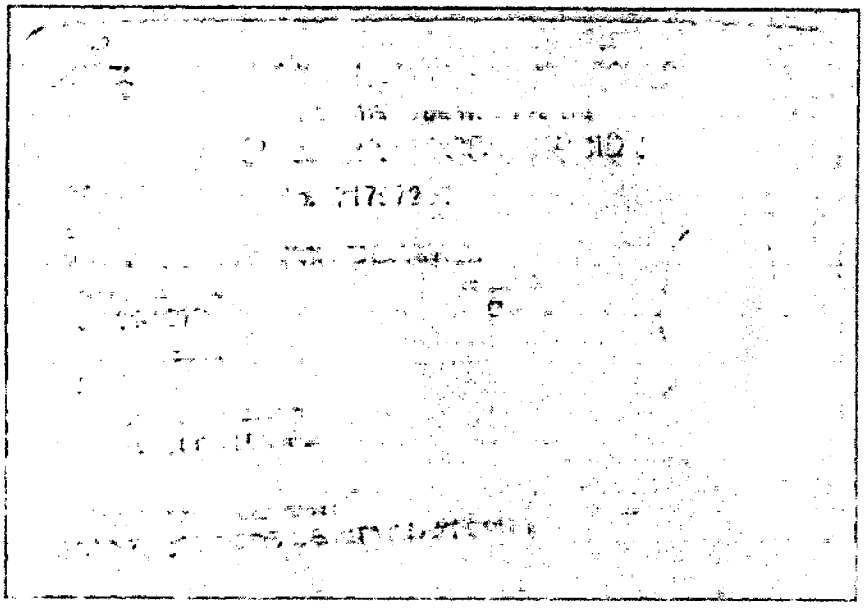
Dr. Walter Alain Sánchez V.
Medico y Cirujano
Esp. en Salud Ocupacional
R.M. 04-1484-05
L.S.O. 02 - 835

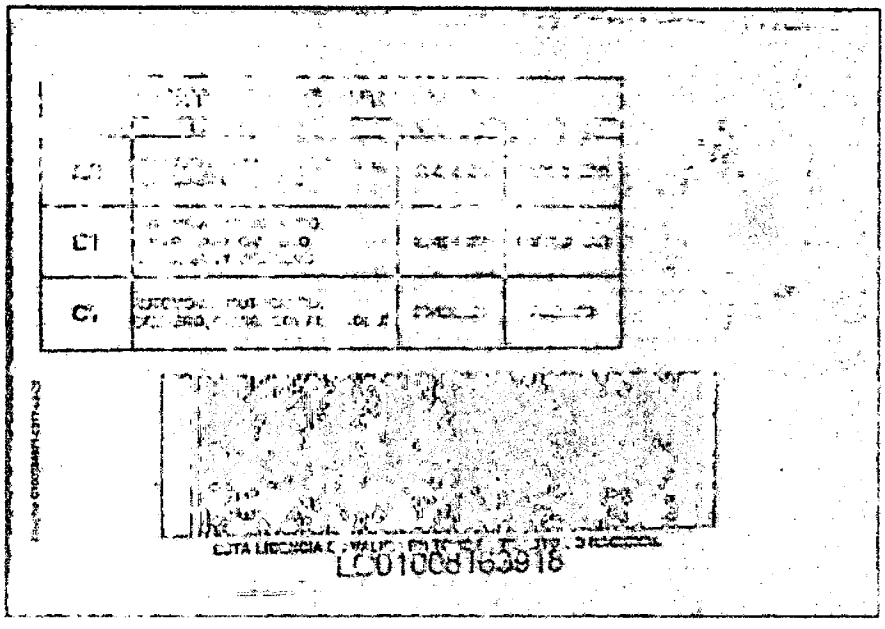
Alconides R

Profesional Ocupacional: WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO
Registro M.D: 08148406
Licencia S.O: 02835

Firma del Paciente: ALCONIDES 0 RODRIGUEZ BURITICA
Identificacion: C.C. - 71797284

Creado por www.isismaweb.com - Todos los derechos reservados




LC0100876396

EE-370-113

Envigado, noviembre 25 de 2013

**Señores**
**COLOMBIANA KIMBERLY COLPAPEL S.A**
**Ciudad**

**Asunto:** Certificación operador múltiple

Por medio de la presente certificamos al señor Alconides Rodriguez Buritica identificado con cedula 71.797.284 como operador múltiple desde el año 2009 para nuestra empresa de los siguientes equipos:

- Compresor
- Mini cargador
- Retroexcavadora
- Allanadora (helicóptero)
- Cortadora de pisos

Cualquier información adicional estaremos atentos a suministrarla.

Santiago M.

**Representante Legal Suplente.**

CARRERA 48 No. 26 SUR 181 LOCAL 126 CONMUTADOR: (4) 332 22 22 FAX: (4) 331 65 00 ENVIGADO
E-mail:info@sotecosa.com

415

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. [illegible]

[illegible]

LOCATARIO ARRENDATARIO O USUFRUCTUARIO

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
SDM - BOGOTA D.C.

| FECHA REGISTRO | FECHA EXPEDICION | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 10-05-2017 | 15-05-2017 | ****** |
| ORIGEN | DEC IMPORTACION | FECHA DE LEVANTE |
| IMPORTACION | 48201600039684 1 | 13/09/2016 |

ESTA TARJETA [illegible] TM0100001B197 TORO NACIONAL

DIAN

Privado

500

2016

48201600039884 1-7

12 SEP 2016

23439680 2

JLG Hnos.
SOLUCIONES PARA LA CONSTRUCCION

# CONTROL DE MANTENIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| EQUIPO | : BOBCAT | UBICACIÓN DEL EQUIPO | :SABANETA |
| REFERENCIA | :S185 | DEPARTAMENTO | :ANTIOQUIA |
| SERIAL | :A3L943407 | OBRA | :VENTUM |

**TIPO DE MANTENIMIENTO** *250 HORAS*

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA | septiembre 14 de 2019 | HOROMETRO 6,250 HORAS | |
| | | SIGUIENTE | 6,500 HORAS |

| DESCRIPCION | MARCA | CANTIDAD |
|---|---|---|
| FILTRO DE AIRE EXTERNO | DONALDSON | 1 |
| FILTRO DE AIRE INTERNO | DONALDSON | 1 |
| FILTRO DE COMBUSTRIBLE | DONALDSON | 1 |
| FILTRO DE ACEITE | DONALDSON | 1 |
| ACEITE DE MOTOR 15 W 40 | MOBIL | 3 GAL |

NOTA: Los repuestos utilizados en el mantenimiento como filtros, aceites, liquido refrigerante, etc, son de [illegible] seguridad que cualquier anomalía en los mismos es de su respectivo derecho de reclamo según la

**QUIEN AUTORIZA EL MANTENIMIENTO**

JUAN CARLOS GUTIERREZ
Director Operativo JLG Hnos

418

# SOAT

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

MEDELLIN

| | | |
|---|---|---|
| 800 | SALARIOS | |
| 180 | MÍNIMOS | |
| 750 | LEGALES | |
| 10 | DIARIOS | |
| | VIGENTES | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.036.247

TORRES BERNAL
APELLIDOS

ROBINSON FERNANDO
NOMBRES

Robinson Torres Bernal
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1997
ABEJORRAL
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-ENE-2016 ABEJORRAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0100400-00802690-M-1022036247-20160317 0049010497A 1 44591651

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que ROBINSON FERNANDO TORRES BERNAL identificado(a) con CC 1022036247 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-10 | 2019-11 | 520840455 | 8499088463 | E | 2019-11-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | COLFONDOS | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-11-15 a las 09:46.

4/21

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que ROBINSON FERNANDO TORRES BERNAL identificado(a) con CC 1022036247 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-09 | 2019-10 | 505775108 | 8497901664 | E | 2019-10-09 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | COLFONDOS | 8 | 16% | $266,667 | $42,700 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 8 | 6.96% | $266,667 | $18,600 |
| CCF | COMFAMA | 8 | 4% | $266,667 | $10,700 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 8 | 4% | $266,667 | $10,700 |

Este certificado se expide el día 2019-10-16 a las 09:17.

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

422

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL - INGRESO

OrienteSalud

**OrienteSalud IPS**
**Nit. 900.898.297-9**
**PBX: 5595615 - 3321220 ext 101**
**www.orientesalud.co**

Fecha Examen : **19/09/2019 HORA : 09:00**
Empresa: **MOVERCOM**



## IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR | ***ROBINSON FERNANDO TORRES BERNAL*** | | | DOCUMENTO | CC - 1022036247 |
| | | | | PROFESION | PROFESION NO DEFINIDA |
| LUGAR DE NACIMIENTO | ABEJORRAL | | | DIRECCION | EL EDEN |
| F.NACIMIENTO | 17/12/1997 | SEXO | MASCULINO | TELEFONO | 3197324303 |
| EDAD | 21 Años - 9 Meses - 2 Dias | | RH: A+ | MUNICIPIO | LA CEJA (ANTIOQUIA) |
| ESTADO CIVIL | UNION LIBRE | | | E.P.S. | SURA |
| ESCOLARIDAD | Primaria | N. HIJOS : | 0 | A.F.P. | COLFONDOS |
| CARGO A DESEMPEÑAR | **OPERADOR** | | | A.R.L. | NO DEFINIDA |
| Fecha de Ingreso | 19/09/2019 | Antiguedad | 0 Años 0 Meses | Misión en | |

## RESULTADO DE EXAMENES

| | |
|---|---|
| Visiometría | NORMAL |
| Audiometría | NORMAL |
| TEST DE TOXICOS EN ORINA | NEGATIVO |
| Laboratorios | Glicemia: NORMAL CT: NORMAL Triglicéridos: NORMAL |
| Laboratorios | KOH:------ Coprológico:------- Colinesterasas:----- |
| Prueba Psicosensométrica | NORMAL, APROBADO, CUMPLE CON LA NORMA, APTO PARA CONDUCIR HASTA CATEGORIA C2 |
| Valoración Psicológica | Normal durante la evaluación médica |
| | |
| | |

## CONCEPTO MEDICO INGRESO

| | |
|---|---|
| Apto sin patología aparente | X |
| **Apto para el cargo con patología que no limita la labor** | |
| **Apto para el cargo a desempeñar con restricciones** | |
| Motivo: | |
| **Aplazado** | |
| Motivo: | |
| **No Apto para el cargo** | |
| Motivo: | |
| **Próxima valoración ocupacional** | **1 AÑO** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| S.V.E. | Visual ___ | Auditivo ___ | Ergonómico X | Psicosocial ___ | Cardiovasc. ___ | R. Biológico ___ | Respiratorio ___ | Químico ___ | Voz ___ |

| | |
|---|---|
| | **SI** |

## RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio fisico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Capacitación en Higiene postural, levantamiento y transporte de cargas. Pausas activas
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra

IPS: Valoración por Nutricionista.

**Remisión EPS** **SI**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su relación, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del programa de salud

Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución.2346/07).

El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido

las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

Robinson Fernando Torres Bernal
1022036247

JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ
**RM : 5-0835-07 RES: 0100511**

ROBINSON FERNANDO TORRES BERNAL
**CC - 1022036247**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

# LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1022036247

NOMBRE

ROBINSON FERNANDO TORRES BERNAL

FECHA DE NACIMIENTO
17-12-1997

SANGRE RH
A+

FECHA DE EXPEDICION
16-10-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
2



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
DIR TTO DPTAL ANTIOQUIA/GUARNE

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 07-03-2026 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS. | 16-10-2028 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 16-10-2021 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03003355594

▲ 60947.0.0-22 06/18

CIOS Y CONSULTORIA

# DCM SERVICIOS Y CONSULTORIA

**NIT: 900614347-0**

**CON LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL ( DSSA) 97325**

**PERSONA JURÍDICA CERTIFICADA EN LA NTC 6072 ORGANISMO CERTIFICADOR BUREAU VERITAS CERTIFICATION CO18.01677 DEL 18 DE JUNIO DE 2018 ACREDITADO POR LA ONAC CODIGO 09-CPR-008 Y CUMPLIENDO LA RESOLUCIÓN 1178 DE 2017 PARA FORMAR EN TRABAJO EN ALTURAS**

DCM Servicios & Consultoria

SERVICIOS Y CONSULTORIA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
Cel: 314 483 85 86
Tel: 35 24
Email: sstdcm@gmail.com Kilometro 1 Via
Rionegro - El Carmen de Viboral

**HACE CONSTAR QUE**

## ROBINSON FERNANDO TORRES BERNAL

**CEDULA DE CIUDADANIA No.1022036247**

**CURSO Y APROBÓ LA ACCIÓN DE FORMACIÓN**

## REENTRENAMIENTO AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

**CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS**

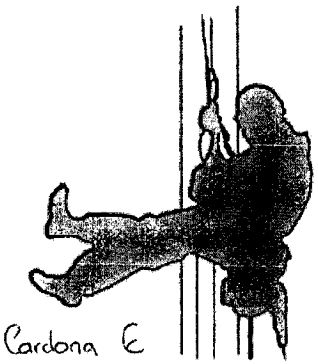
**FORMACIÓN IMPARTIDA LOS DÍAS 18 Y 19 DE MAYO**

**EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA EN RIONEGRO (ANTIOQUIA) A LOS DIECINUEVE (19) DÍAS DEL MES DE MAYO DE DOS MIL DIECINUEVE (2019)**

**CODIGO DE CERTIFICACION: REE2019051932**

LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO PUEDE SER VALIDADA EN LA PAGINA WEB WWW.DCMSERVICIOS.COM

CORREOS ELECTRONICOS: CONTACTO@DCMSERVICIOS.COM O SSTDCM@GMAIL.COM
TELEFONOS: 3235816956 O 0345314404



DCM Servicios & Consultoria

Jonathan Cardona E

**JONATHAN CARDONA**
**REPRESENTANTE LEGAL**

Jonathan Cardona E

**JONATHAN CARDONA**
**ENTRENADOR TSA LICENCIA S.O 090178**

CAMPUZANO
SOLUCIONES CONSTRUCTIVAS

E-mail: scampuz1@gmail.com jucampuzano@hotmail.com
Tel: 536-02-80 cel.: 317.501.09.30 317.509.77.62 315.411.95.43

**SOLUCIONES CONSTRUCTIVAS CAMPUZANO S.A.S**

**NIT. 900898709**

**Certifica que:**

Certifica que el señor **ROBINSON FERNANDO TORRES BERNAL** identificado con **C.C. 1.022.036.247** de Abejorral, se encuentra capacitado para operar la retroexcavadora 416E, ya que cuenta con la experiencia, capacidades técnicas y psicológicas que se requieren para dicho trabajo

Para constancia Firma,

**Sebastián Campuzano Gómez**
**CC 1036932477**
**Representante legal**

| | | |
|---|---|---|
| Movercom Transportes | | CODIGO:0000 |
| | **EMPRESA** | Versión: 1 |
| | TRANSPORTES MOVERCOM/LEONARDO MONTOYA | FECHA |
| | | PAG 1 DE 1 |

| **INFORMACION GENERAL** | **IMÁGENES DEL VEHÍCULO** |
|---|---|

CLASE

# EXCAVADORA 312BL

**PESO Y MEDIDAS**

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 1340 KG | 2760mm | 2590mm | 7570 mm |

**MARCA - MODELO**

CATERPILLAR-1998

**RODAJE**

ORUGAS

**PROPIETARIO**

LEONARDO FABIO MONTOYA VALENCIA

OBSERVACIONES

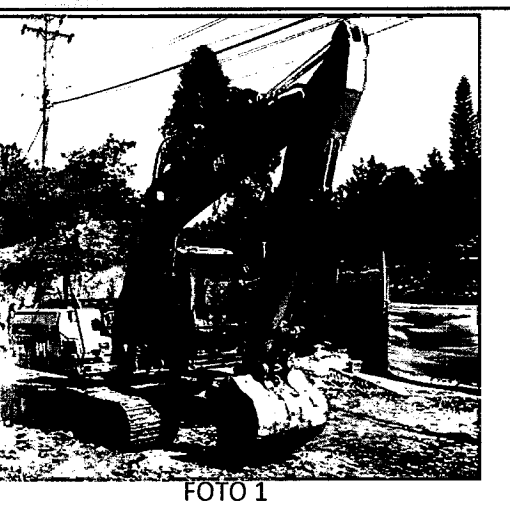


FOTO 1

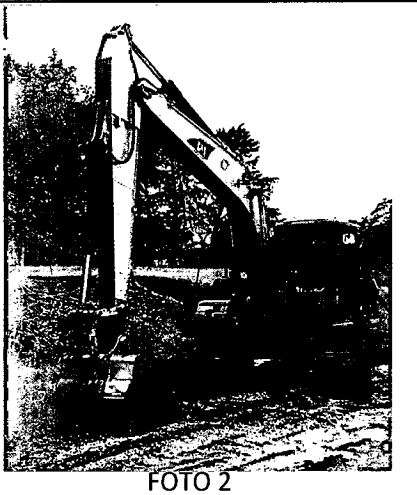


FOTO 2

| Elaboro | Revisó | Aprobó: |
|---|---|---|
| Asistente Administrativa | Coordinador de Mantenimie | Gerente |

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

# TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

**No. 21143**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE REGISTRO<br>MC045820 | MARCA<br>CATERPILLAR | LINEA<br>312BL | AÑO MODELO<br>1998 |
| TIPO DE MAQUINARIA<br>CONSTRUCCION | CLASE<br>EXCAVADORA | | No. SERIE<br>8JR0087 |
| COLOR(ES)<br>AMARILLO | No. MOTOR<br>NA | | RODAJE<br>ORUGAS |

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 1340 Kg | 2760 mm | 2590 mm | 7570 mm |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 8.027.149

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTEYTTO ENVIGADO

| FECHA REGISTRO | FECHA EXPEDICIÓN | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 27-08-2016 | 27-08-2016 | ****** |
| **ORIGEN** | **DEC. IMPORTACION** | **FECHA DE LEVANTE** |
| IMPORTACION | 482012000189924 | 02/05/2012 |

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM03000021277

428

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

# Declaración de Importación

Privada

500

1. Año 2012

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

**482012000189924-9**

**Importador**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 11. Apellidos y nombres o Razón Social |
|---|---|---|
| 13878986 | 2 | CABRALES FERREIRA VICTOR JULIO |

| 13. Dirección | 15. Teléfono | 12. Cód. Admón. | 16. Cód. Dpto | 17. Cód. Ciudad Municipio |
|---|---|---|---|---|
| CL 9 17 23 BRR PONTEVEDRA | 5841966 | 48 | 20 | 001 |

**Declarante**

| 24. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 25. DV. | 26. Razón social del declarante autorizado | 27. Tipo usuario | 28. Cód. usuario |
|---|---|---|---|---|
| 830126345 | 9 | AGENCIA DE ADUANAS SERVAL NIVEL 2 S.A.S. | 26 | 457 |

| 29. Número documento de identificación | 30. Apellidos y nombres |
|---|---|
| 80017704 | JIMENEZ RONCANCIO MAURICIO |

| 31. Clase importador | 32. Tipo declaración | 33. Cod | 34. No Formulario Anterior | 35. Año - Mes - Día | 36. Cod. Admón. | 37. Declaración de Exportación | 38. Año - Mes - Día | 39. Cod. Admón. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | Inicial | 1 | XXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX | No. XXXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX |

| 40. Cod. lugar ingreso de las mercancías | 41. Cod. Depósito | 42. Manifiesto de carga | 43. Año - Mes - Día | 44. Documento de transporte | 45. Año - Mes - Día |
|---|---|---|---|---|---|
| CTG | 7201 | No. 116575003206528 | 2012 - 04 - 26 | No. 01632 | 2012 - 04 - 20 |

| 46. Nombre exportador o proveedor en el exterior | 47. Ciudad | 48. Cod.País Exportador |
|---|---|---|
| EXTREME MACHINERY | MIAMI FL | 249 |

| 49. Dirección exportador o proveedor en el exterior | 50. E-mail |
|---|---|
| 3901 NW 79 AVE SUITE 114 MIAMI FL 33166 | WWWW.EXTREMEMACHINERY.COM |

| 51. No. de factura | 52. Año Mes Día | 53. Cod. país procedencia | 54. Cod. Modo Transporte | 55. Código de Bandera | 56. Cod. Depto destino | 57. Empresa transportadora | 58. Tasa de cambio $ cvs. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1321 | 2012 - 03 - 26 | 249 | 1 | 043 | 0 | CARIBBEAN AMERICAN SHIPPING AGENCY LTDA | 1,764.63 |

| 59. Subpartida arancelaria | 60. Cod. Complementario | 61. Cod. Suplementario | 62. Cod. Modalidad | 63. No. cuotas o meses | 64. Valor cuota USD | 65. Periodicidad del pago de la cuota | 66. Cod. país de origen | 67. Cod. Acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8429520000 | XX | XX | C100 | XX | XXXX | XX | 249 | XXX |

| 68. Forma de pago de la importación | 69. Tipo de importación | 70. Cod. país compra | 71. Peso bruto kgs. | dcms. | 72. Peso neto kgs. | dcms. | 73. Código embalaje | 74. No. bultos | 75. Subpartidas | 76. Cod. unidad comercial | 77. Cantidad dcms. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 01 | 249 | 13,317.00 | | 13,317.00 | | BT | 1 | 1 | u | 1.00 |

| 78. Valor FOB USD | 79. Valor fletes USD |
|---|---|
| 39,500.00 | 4,240.00 |

| 80. Valor Seguros USD | 81. Valor Otros Gastos USD |
|---|---|
| 175.00 | 0.00 |

| 82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD | 83. Ajuste valor USD |
|---|---|
| 4,415.00 | 0.00 |

| 84. Valor aduana USD | 85. Código registro o licencia | 86. Número |
|---|---|---|
| 43,915.00 | L | 20971220 |

| 87. Cod. oficina | 88. Año | 89. Programa No | 90. Cód. Interno del Producto |
|---|---|---|---|
| 3 | 2012 | XXXXXXXXXX | 0 |

Autoliquidación

| Concepto | % | Base | Total Liquidado ($) | Total a pagar con esta declaración ($) | Total Liquidado (USD) |
|---|---|---|---|---|---|
| Arancel | 0.00 | 77,493,726 | 0 | 0 | 0 |
| I.V.A | 16.00 | 77,493,726 | 12,399,000 | 12,399,000 | 0 |
| Salvaguardia | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Derechos Compensatorios | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Derechos Antidumping | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sancion | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Rescate | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | Total | 12,399,000 | | 0 |

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Indique marcas, serfales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DIM 1/1 D.O. 01632HYM/ . MERCANCIA USADA. EXCaVADORA HIDRAULICA USADA AUTOPROPULSADA SOBRE ORUGAS CON GIRO DE 360 GRADOS EXCAVADORA MARCA CATERPILLAR REF 312BL, S/N BJR00870 ENGINE NUMBER 3064T ENGINE SERIAL 6LK17839 ENGINE ARRAGEMENT 154-0626 AÑO DE FABRICACION 1998 CABINA CERRADA PRECIO CUANDO NUEVO USD 131.666,66 CON SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO.MARCA. CATERPILLAR MODELO. 312BL CANT. 1 u ; Factura No. 1321 Fecha2012/3/26 , XXXXXXXXXXXXX

| | | |
|---|---|---|
| **CLASE** | **312 BL** | 2004 |
| **PROPIETARIO:** | LEONARDO FABIO MONTOYA | AMARILLA |
| **NIT:** | 8.027.149 | CATERPILAR |
| [illegible] | [illegible]ADOR | |
| SEPTIEMBRE | JOSE YADIR GIL MARIN | |
| [illegible]ENTO | | |

| | | **TIPO DE MANTENIMINETO** |
|---|---|---|
| 9-sep | SE LE CAMBIO ALTERNADOR HOROMETRO 12012,5 | CORRECTIVO |
| 10-sep | SE LE CAMBIO VISOR AL TANQUE HIDRAULICO | CORRECTIVO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**HALLAZGOS:**

EMPACAR CILINDROS
ORGANIZAR AIRE ACONDICIONADO
ORGANIZAR LUCES DELANTERAS
CONSEGUIR GUARDA CARRIL
CONSEGUIR EMPAQUE DE TAPA VALVULA DEL MOTOR

430

BBVA Seguros

# MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS
## PÓLIZA No. 028171089017
### CERT. No. 1

Anexo No - 0 Renovación

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Lugar y Fecha de Expedición** MEDELLIN 27/03/2019 | | **Sucursal** MEDELLIN | |
| **Tomador** LEONARDO FABIO MONTOYA VALENCIA<br>**Dirección Comercial** CR 29 A #25 -30 | **Ciudad:** RIONEGRO | **C.C. o Nit** 8.027.149<br>**Teléfono** 5630430 | |
| **Asegurado**<br>LEONARDO FABIO MONTOYA | **Teléfono**<br>5630430 | **C.C. o Nit**<br>8.027.149 | |
| **Beneficiario**<br>LEONARDO FABIO MONTOYA | **Teléfono**<br>5630430 | **C.C. o Nit**<br>8.027.149 | |
| **Valor Asegurado Total** $ 1,320,000,000 | **Vigencia Desde** 17/03/2019 16:00: **Horas** | **Hasta** 17/03/2020 16:00:**Horas** | |

**DETALLE OTROS CONTENIDOS**

**RAMO** 42- MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS

| Cantidad | Descripción del Bien | Referencia | Valor Total |
|---|---|---|---|
| 1 | RETROEXCAVADORA | CAT0420DVFDP20858 | $ 350,000,000 |
| 1 | BULLDOZER | CAT00D5GCRKG01325 | $ 550,000,000 |
| 1 | EXCAVADORA | 8JR0087 | $ 420,000,000 |

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 13

# HOJA DE VIDA DEL CONDUCTOR DE VOLQUETA INGEVÍAS S.A.S.

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1976

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

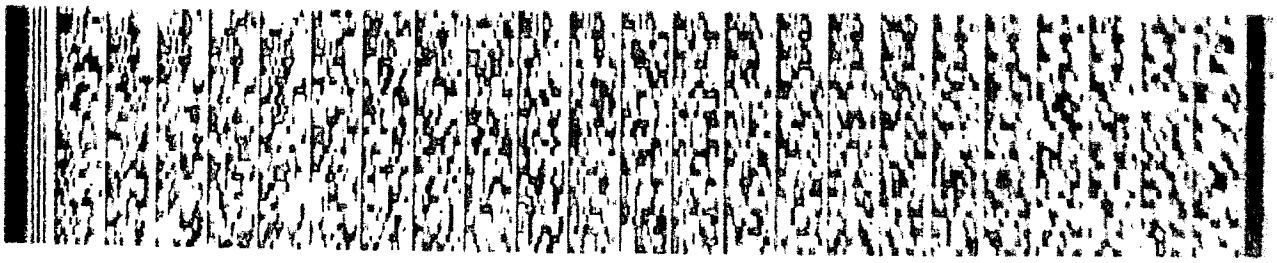
1.85 A+ M

ESTATURA GS RH SEXO

30-JUN-1994 ENVIGADO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AUREL SANCHEZ TORRES



A 01121 00140

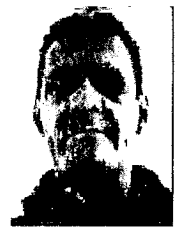
COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

# CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO

Fecha: 2019-02-06

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | INGENIERIA Y VIAS S.A.S./Maquinaria | Actividad económica: | Construccion |
| Nombre: | YOBAN ALBERTO FLOREZ VELEZ | Documento: | CC 98659480 |
| Fecha de nacimiento: | 1976-06-16 | Lugar de nacimiento: | MEDELLIN (ANTIOQUIA) |
| Edad: | 42 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Union_libre | No. hijos vivos: | 2 |
| Dirección actual: | CRA 50 99-23 | Municipio: | MEDELLIN |
| Teléfono: | 2368114 | Escolaridad: | Secundaria_incompleta |
| Ocupación: | CONDUCTOR VEHICULO PESADO | EPS: | Sura |
| Responsable**: | ANGELA MARIA VELEZ (MADRE) | Teléfono: | 2368114 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | NO REALIZADA. |
| Optometría: | Su capacidad visual actual es adecuada |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación. |
| Espirometría computarizada: | Su capacidad respiratoria es adecuada para la ocupación. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a YOBAN ALBERTO FLOREZ VELEZ con documento de identificación No. 98659480 se considera es satisfactorio

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda realizar dieta baja en grasas + ejercicios de fortalecimiento muscular, media hora diaria. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ES SATISFACTORIO

## OBSERVACIONES FINALES

1-Optometria : capacidad visual actual es adecuada
2-Evaluacion sicosensometrica : Usuario sin alteraciones sicologicas ni motrices que le impidan desempeñarse en el programa de seguridad vial
3-RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL
HEMATOLÓGICO: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados:
- Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales;
- Triglicéridos: alterados
- Colesterol total: Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales;
- Colesterol de muy baja densidad (VLDL): alterado

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Yo Boan



Indice der

YOBAN ALBERTO FLOREZ VELEZ
Documento: 98659480

Escanee el código si desea verificar datos

MARIA DEL CARMEN SOLANO CUMPLIDO
Médico Cirujano
U de Antioquia
Resolución Nº 4275-85
Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional
Universidad CES
Licencia Nº 0112538 - SSSA

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

NOTAS DE EVOLUCIÓN:

La información aquí consignada hace parte del proceso de verificación de condiciones de salud del trabajador, para el desempeño seguro de la ocupación, por lo que debe ser revisada de manera integral con los demás datos consignados.

NOTA No. 1 - Fecha: **2019-02-06** Hora: **09:52:27** el usuario **carmen.solano** escribió:

Se expide certificado para seguridad vial

MARIA DEL CARMEN SOLANO CUMPLIDO
Médico Cirujano
U de Antioquia
Resolución Nº 4275-85
Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional
Universidad CES
Licencia Nº 0112538 - SSSA

436

# SOAT

POLIZA DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO

| FECHA DE EXPEDICIÓN Año / Mes / Día | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL |
|---|---|---|
| 2019 03 04 | 2019 03 06 | 2020 03 05 |

ASEGURADORA

sura

890.903.407 – 9

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/EJES/PASAJEROS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 22439592 | TDZ076 | VOLQUETA | PUBLICO INTERURBANO (CLIP) | 7636 | 2012 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | |
| LÍNEA VEHÍCULO | 4300 | |

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON |
|---|---|---|---|
| 470HM2U1591521 | 3HAMMAAR7CL092137 | 3HAMMAAR7CL092137 | 10.0 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | | NI | 8000288992 | |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1318 | 4030 | 8015 | | |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 320 | $ 606,700 | $ 303,350 | $ 1,900 |

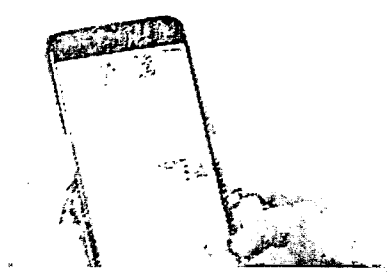
TOTAL A PAGAR $ 911,950

| AMPAROS POR VIGENCIA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

FIRMA AUTORIZADA

Pásate por la ...

Ahora el SOAT será un documento digital



437

CERTIFICADO DE REVISION TECNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL 42322252

| | | |
|---|---|---|
| PLACA Nº TDZ076 | MARCA INTERNATIONAL | LINEA 4300 |
| SERVICIO PUBLICO | COLOR BLANCO | MODELO 2012 |
| CILINDRAJE 7636 | COMBUSTIBLE DIESEL | VIN 3HAMMAAR7CL092137 |
| CLASE VOLQUETA | Nº DE MOTOR 470HM2U1591521 | IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO N 800029899 |
| PROPIETARIO INGENIERIA Y VIAS S.A.S. | Nº CONSECUTIVO RUNT 140265492 | |

Nº. DE CONTROL 12322252

| | |
|---|---|
| PLACA Nº TDZ076 | VIN 3HAMMAAR7CL092137 |
| CENTRO DE DIAGNOSTICO LOS BUCAROS S A S | 800129778 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN 2019 02 19 | |
| FECHA DE VENCIMIENTO 2020 02 19 | |
| Nº DE LA PLANILLA 10-OIN-037-001 | Nº CONSECUTIVO RUNT 140265492 |

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015223110

| PLACA | MARCA | LINEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| TDZ076 | INTERNATIONAL | 4300 | 2012 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 7.636 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHICULO | TIPO CARROCERIA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 9000 |

NUMERO DE MOTOR
470HM2U1591521

REG N

VIN
3HAMMAAR7CL092137

NUMERO DE SERIE
3HAMMAAR7CL092137

REG N

NUMERO DE CHASIS
3HAMMAAR7CL092137

REG N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
INGENIERIA Y VIAS S.A.S.

IDENTIFICACIÓN
NIT 800029899

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACION
482012000021208

I/E
I

FECHA IMPORT.
18/01/2012

PUERTAS
2



LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

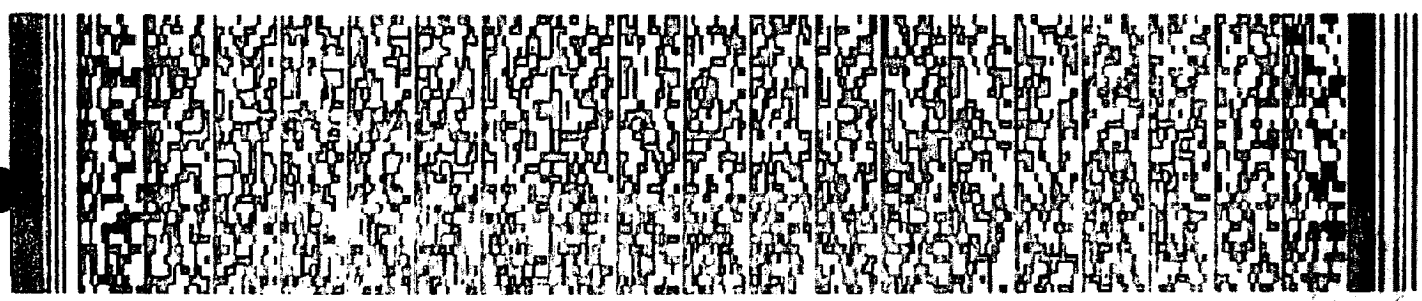
FECHA MATRÍCULA
12/03/2012

FECHA EXP LIC. TTO.
18/12/2017

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYTTO ENVIGADO



LT03002780241

ARUS®

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-10-23, 07:36:27 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 41777856

**Periodo Cotización:** septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** octubre de 2019

## PAGADO 22/10/2019

### TOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| n Social | INGEVIAS S A S | Nombre Sucursal | MAQUINARIA 2019 | Código Sucursal | 20101 |
| mento | NI800029899 | Dirección | CARRERA 38 5 SUR 65 | | |
| de Empresa | EMPLEADOR | Teléfono | 4485587 | | |
| Persona | JURÍDICA | Forma Presentación | SUCURSAL | | |
| id | MEDELLIN | Departamento | ANTIOQUIA | | |
| sentante Legal | RIVERA PALACIO JUAN SEBASTIAN | Identificación | CC 98669937 | | |
| Afiliados | 70 | ARP | ARL SURA | | |

### TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ción | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 910 | YHONY ALEXANDER ZAPATA ORLAS | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 14 | 14 | 14 | 14 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 421.608 | $ 67.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 421.608 | $ 16.900 | 6,960 | $ 421.608 | $ 29.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 421.608 | $ 16.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 130.700 |
| 464 | JOSE SAMIR BLANQUICET CASTILLO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.880.359 | $ 309.900 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.880.359 | $ 75.300 | 6,960 | $ 1.880.359 | $ 130.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.880.359 | $ 75.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 582.400 |
| 431 | EVER JOSE JARABA RENTERIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.831.510 | $ 293.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.831.510 | $ 73.300 | 6,960 | $ 1.831.510 | $ 127.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.831.510 | $ 73.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 567.200 |
| 189 | WILSON JAVIER RESTREPO CHALARCA | 01 | 00 | | | | | | | | | X | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.709.324 | $ 273.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.709.324 | $ 68.400 | 6,960 | $ 1.709.324 | $ 119.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.709.324 | $ 68.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 529.300 |
| 549 | SANDRA MARCELA OSORIO MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 151.583 | $ 24.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 151.583 | $ 6.100 | 0,000 | $ 151.583 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 151.583 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 36.500 |
| 549 | SANDRA MARCELA OSORIO MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 25 | 25 | 25 | 25 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 757.917 | $ 121.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 757.917 | $ 30.400 | 6,960 | $ 757.917 | $ 52.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 909.500 | $ 36.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240.900 |
| 367 | VICTOR DAVID ARBOLEDA PIEDRAHITA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.046.445 | $ 167.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.046.445 | $ 41.900 | 6,960 | $ 1.046.445 | $ 72.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.046.445 | $ 41.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.200 |
| 092 | GUSTAVO HERNANDO CHICA MEJIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 3.500.000 | $ 595.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 3.500.000 | $ 140.000 | 6,960 | $ 3.500.000 | $ 243.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 3.500.000 | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.118.600 |
| 571 | MAURICIO ANDRES RODRIGUEZ URREGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.046.445 | $ 167.500 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.046.445 | $ 41.900 | 6,960 | $ 1.046.445 | $ 72.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.046.445 | $ 41.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.200 |
| 538 | LUIS GUILLERMO MONTOYA ESTRADA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.437.356 | $ 230.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.437.356 | $ 57.500 | 6,960 | $ 1.437.356 | $ 100.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.437.356 | $ 57.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 445.100 |
| 629 | JOSE LIBARDO MACIAS MARTINEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.821.735 | $ 291.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.821.735 | $ 72.900 | 6,960 | $ 1.821.735 | $ 126.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.821.735 | $ 72.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 564.100 |
| 910 | HECTOR DE JESUS GONZALEZ CORRALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 2.113.096 | $ 338.100 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.113.096 | $ 84.600 | 6,960 | $ 2.113.096 | $ 147.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.113.096 | $ 84.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 654.400 |
| 801 | DAVID MURILLO SANCHEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| 614 | SEBASTIAN CAMILO GOMEZ JARAMILLO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.099.141 | $ 175.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.099.141 | $ 44.000 | 6,960 | $ 1.099.141 | $ 76.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.099.141 | $ 44.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 340.500 |
| 513 | HERNAN DARIO DIAZ RODRIGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.663.159 | $ 266.200 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD | $ 1.663.159 | $ 66.600 | 6,960 | $ 1.663.159 | $ 115.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.663.159 | $ 66.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 515.200 |
| 776 | LIBARDO ANTONIO PERTUZ BERNAL | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.136.667 | $ 181.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.136.667 | $ 45.500 | 6,960 | $ 1.136.667 | $ 79.200 | (CCF41) COMFASUCRE | $ 1.136.667 | $ 45.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 352.100 |
| 494 | JORGE ENRIQUE MARQUEZ GUZMAN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.811.770 | $ 289.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.811.770 | $ 72.500 | 6,960 | $ 1.811.770 | $ 126.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.811.770 | $ 72.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 561.000 |
| 841 | FELIPE MIGUEL ESCOBAR MACHADO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.822.188 | $ 291.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.822.188 | $ 72.900 | 6,960 | $ 1.822.188 | $ 126.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.822.188 | $ 72.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 564.300 |
| 720 | HERNAN MANUEL VARGAS ALCAZAR | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.636.168 | $ 261.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.636.168 | $ 65.500 | 6,960 | $ 1.636.168 | $ 113.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.636.168 | $ 65.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 506.700 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

**Pagado: 22/10/2019** **Empresa NI800029899 INGEVIAS A S** **Planilla Nro: 41777856** **Periodo Cotización: septiembre de 2019** **Periodo Servicio: octubre de 2019**

## TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ción | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 2 | RAFAEL ALBERTO CORPAS UPARELA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.427.548 | $ 228.500 | (ESSC07) ASOCIACION MUTUAL SER | $ 1.427.548 | $ 57.200 | 6,960 | $ 1.427.548 | $ 99.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.427.548 | $ 57.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 442.300 |
| 7 | ARMANDO GABRIEL LORA CABRALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 887.155 | $ 158.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 987.155 | $ 39.500 | 6,960 | $ 987.155 | $ 68.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 987.155 | $ 39.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 305.800 |
| 993 | VICTOR MANUEL BAUTISTA CAPERA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 9 | 9 | 9 | 9 | (230301) PORVENIR | $ 430.070 | $ 68.900 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 430.070 | $ 17.300 | 6,960 | $ 430.070 | $ 30.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 511.984 | $ 20.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 136.700 |
| 497 | DIEGO ALEJANDRO RESTREPO GALEANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.342.844 | $ 214.900 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.342.844 | $ 53.800 | 6,960 | $ 1.342.844 | $ 93.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.342.844 | $ 53.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 416.000 |
| 306 | IVAN ANTONIO CANO GARCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 925.698 | $ 148.200 | (EPS040) SAVIA SALUD | $ 925.698 | $ 37.100 | 6,960 | $ 925.698 | $ 64.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 925.698 | $ 37.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 286.900 |
| 478 | JEOVANNY ALEXANDER MENDOZA AKENAS | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.467.353 | $ 234.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.467.353 | $ 58.700 | 6,960 | $ 1.467.353 | $ 102.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.467.353 | $ 58.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 454.400 |
| 916 | ANDERSSON ARBELAEZ NARANJO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | 6,960 | $ 1.600.000 | $ 111.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.600.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.400 |
| 0 | JORGE ISAAC GARCIA MORENO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.779.687 | $ 284.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.779.687 | $ 71.200 | 6,960 | $ 1.779.687 | $ 123.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.779.687 | $ 71.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 551.100 |
| 3 | CIPRIANO POMAÑA ASPRILLA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.271.323 | $ 203.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.271.323 | $ 50.900 | 6,960 | $ 1.271.323 | $ 88.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.271.323 | $ 50.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 393.800 |
| 8 | CONRADO ANTONIO TORRES BERRIO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 828.116 | $ 132.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828.116 | $ 33.200 | 6,960 | $ 828.116 | $ 57.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 828.116 | $ 33.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.600 |
| 0 | NICOLAS ENRIQUE ZAPATA MESA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.755.834 | $ 281.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.755.834 | $ 70.300 | 6,960 | $ 1.755.834 | $ 122.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.755.834 | $ 70.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 543.900 |
| 6 | DIDIMO MANUEL LOPEZ JARABA | 01 | 00 | | X | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 376.041 | $ 60.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 376.041 | $ 15.100 | 6,960 | $ 376.041 | $ 26.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.511.151 | $ 60.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.000 |
| 6 | JOSE TIBERIO LARGO PESCADOR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.666.383 | $ 266.700 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.666.383 | $ 66.700 | 6,960 | $ 1.666.383 | $ 116.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.666.383 | $ 66.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 516.100 |
| 8 | ARISTIDES BORRERO CIFUENTES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.642.738 | $ 262.900 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 1.642.738 | $ 65.800 | 6,960 | $ 1.642.738 | $ 114.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.642.738 | $ 65.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 508.900 |
| 7 | SANTIAGO CORDOBA VALENCIA | 01 | 01 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 30 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (MIN001) ADRES (MIN001) antes FOSYGA | $ 1.981.049 | $ 79.300 | 6,960 | $ 1.981.049 | $ 137.900 | (CCF32) COMFAMILIAR HUILA | $ 1.981.049 | $ 79.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 296.500 |
| | LUIS EMILIO GARCIA TUBERQUIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.052.629 | $ 168.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.052.629 | $ 42.200 | 6,960 | $ 1.052.629 | $ 73.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.052.629 | $ 42.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 326.200 |
| 2 | ELIANA MARIA GRISALES CANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 29 | 29 | 29 | 29 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | 6,960 | $ 1.160.000 | $ 80.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.160.000 | $ 46.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 359.200 |
| 2 | ELIANA MARIA GRISALES CANO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 40.000 | $ 6.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 40.000 | $ 1.600 | 0,000 | $ 40.000 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 40.000 | $ 1.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.600 |
| | PABLO CHAVERRA ROBLEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 26 | 26 | 26 | 26 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.558.768 | $ 249.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.558.768 | $ 62.400 | 6,960 | $ 1.558.768 | $ 108.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.558.768 | $ 62.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 482.800 |
| | PABLO CHAVERRA ROBLEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | | X | | | | | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | (25-14) COLPENSIONES | $ 221.692 | $ 35.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 221.692 | $ 8.900 | 0,000 | $ 221.692 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 193.311 | $ 7.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 52.200 |
| 5 | IVONNE OLIVIA PATIÑO RODRIGUEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 2.701.000 | $ 432.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 2.701.000 | $ 108.100 | 6,960 | $ 2.701.000 | $ 188.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.701.000 | $ 108.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 836.400 |
| | RAFAEL ANTONIO SANDOVAL MONROY | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.496.851 | $ 239.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.496.851 | $ 59.900 | 6,960 | $ 1.496.851 | $ 104.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.496.851 | $ 59.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 463.500 |
| 9 | JOSE IGNACIO GOMEZ ARBOLEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 4.816.613 | $ 818.900 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 4.816.613 | $ 192.700 | 6,960 | $ 4.816.613 | $ 335.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.816.613 | $ 192.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.539.600 |
| 8 | RODOLFO ANTONIO MORALES MORALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.364.156 | $ 218.300 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.364.156 | $ 54.600 | 6,960 | $ 1.364.156 | $ 95.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.364.156 | $ 54.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 422.500 |
| 8 | ORLEY VALENCIA GOMEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.367.231 | $ 218.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.367.231 | $ 54.700 | 6,960 | $ 1.367.231 | $ 95.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.367.231 | $ 54.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 423.400 |
| 6 | MAURICIO NIETO RODRIGUEZ | 01 | 00 | X | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 14 | 14 | 14 | 14 | (230301) PORVENIR | $ 560.939 | $ 89.800 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 560.939 | $ 22.500 | 6,960 | $ 560.939 | $ 39.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 465.898 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 170.100 |
| 5 | RICARDO ALBERTO ALZATE LEDESMA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.535.135 | $ 245.700 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.535.135 | $ 61.500 | 6,960 | $ 1.535.135 | $ 106.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.535.135 | $ 61.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 475.600 |
| 5 | RODOLFO HERNANDEZ ZAPATA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.596.034 | $ 255.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.596.034 | $ 63.900 | 6,960 | $ 1.596.034 | $ 111.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.596.034 | $ 63.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 494.300 |
| 0 | NESTOR JAIME GUARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.014.489 | $ 162.400 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.014.489 | $ 40.600 | 6,960 | $ 1.014.489 | $ 70.700 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.014.489 | $ 40.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 314.300 |
| 7 | NICOLAS ANTONIO ARIAS MUÑOZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.528.035 | $ 244.500 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.528.035 | $ 61.200 | 6,960 | $ 1.528.035 | $ 106.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.528.035 | $ 61.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 473.300 |
| 3 | DEIBER YOVANY LORZA ACEVEDO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.126.250 | $ 340.200 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 2.126.250 | $ 85.100 | 6,960 | $ 2.126.250 | $ 148.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.126.250 | $ 85.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 658.400 |
| 9 | LUIS HERNANDO OSORIO SIERRA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 963.000 | $ 154.100 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 963.000 | $ 38.600 | 6,960 | $ 963.000 | $ 67.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 963.000 | $ 38.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 288.400 |
| 6 | LEONARDO FABIO MARIN BLANDON | 01 | 00 | X | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 90.345 | $ 14.500 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 90.345 | $ 3.700 | 6,960 | $ 90.345 | $ 6.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 94.109 | $ 3.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 28.300 |
| 8 | JOHAN HEIBER HIGUITA GAVIRIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.550.019 | $ 248.100 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.550.019 | $ 62.100 | 6,960 | $ 1.550.019 | $ 107.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.550.019 | $ 62.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 480.200 |
| 0 | DANIEL EDGAR GIRALDO MARIN | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.139.215 | $ 182.300 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.139.215 | $ 45.600 | 6,960 | $ 1.139.215 | $ 79.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.139.215 | $ 45.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 352.800 |
| 7 | IVAN ALBERTO PEÑA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.992.842 | $ 318.900 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.992.842 | $ 79.800 | 6,960 | $ 1.992.842 | $ 138.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.992.842 | $ 79.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 617.300 |
| 9 | CONRADO DE JESUS ARANGO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.320.010 | $ 211.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.320.010 | $ 52.900 | 6,960 | $ 1.320.010 | $ 91.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.320.010 | $ 52.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 409.000 |
| 0 | HECTOR GOMEZ QUINCHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | X | | | | 0 | 10 | 10 | 10 | 10 | (25-14) COLPENSIONES | $ 290.374 | $ 46.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 290.374 | $ 11.700 | 0,000 | $ 290.374 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 290.374 | $ 11.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 69.900 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

**Pagado: 22/10/2019** **Empresa NI800029899 INGEVIAS A S** **Planilla Nro: 41777856** **Periodo Cotización: septiembre de 2019** **Periodo Servicio: octubre de 2019**

## TALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 10 | HECTOR GOMEZ QUINCHIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.363.468 | $ 218.200 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.363.468 | $ 54.600 | 6,960 | $ 1.363.468 | $ 94.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.363.468 | $ 54.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 422.300 |
| 10 | JOHN MARIO LONDOÑO DAVID | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.868.634 | $ 299.000 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.868.634 | $ 74.800 | 6,960 | $ 1.868.634 | $ 130.100 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.868.634 | $ 74.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 578.700 |
| 13 | WILDER PEREZ SEPULVEDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.313.245 | $ 210.200 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.313.245 | $ 52.600 | 6,960 | $ 1.313.245 | $ 91.500 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.313.245 | $ 52.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 406.900 |
| 16 | FERNANDO DE JESUS CATAÑO MORALES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.530.375 | $ 244.900 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 1.530.375 | $ 61.300 | 6,960 | $ 1.530.375 | $ 106.600 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.530.375 | $ 61.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 474.100 |
| | JAIRO ANTONIO SOSA TORRES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.048.374 | $ 167.600 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.048.374 | $ 42.000 | 6,960 | $ 1.048.374 | $ 73.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.048.374 | $ 42.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 324.800 |
| | UBIEL ANTONIO RENTERIA MOSQUERA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.751.680 | $ 280.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.751.680 | $ 70.100 | 6,960 | $ 1.751.680 | $ 122.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.751.680 | $ 70.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 542.500 |
| | DELFIN DE JESUS MONTOYA VALENCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 23 | 23 | 23 | 23 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.260.775 | $ 201.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.260.775 | $ 50.500 | 6,960 | $ 1.260.775 | $ 87.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.260.775 | $ 50.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 390.600 |
| | DELFIN DE JESUS MONTOYA VALENCIA | 01 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 | 7 | 7 | 7 | (25-14) COLPENSIONES | $ 305.241 | $ 48.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 305.241 | $ 12.300 | 0,000 | $ 305.241 | $ 0 | (CCF04) COMFAMA | $ 305.241 | $ 12.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 73.500 |
| | LEON ANDRES HENAO BOTERO | 01 | 00 | X | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 19 | 19 | 19 | 19 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.036.240 | $ 165.800 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.036.240 | $ 41.500 | 6,960 | $ 1.036.240 | $ 72.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.036.240 | $ 41.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 321.000 |
| | JABITH JAIR CASTILLO TORRES | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 2.143.750 | $ 343.000 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 2.143.750 | $ 85.800 | 6,960 | $ 2.143.750 | $ 149.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.143.750 | $ 85.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 663.900 |
| 14 | JORGE ALEXANDER MARIN VERGARA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.288.848 | $ 206.300 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.288.848 | $ 51.600 | 6,960 | $ 1.288.848 | $ 89.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.288.848 | $ 51.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 399.300 |
| 17 | RICARDO ANTONIO ARROYAVE BETANCUR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.182.949 | $ 189.300 | (EPS023) CRUZ BLANCA EPS | $ 1.182.949 | $ 47.400 | 6,960 | $ 1.182.949 | $ 82.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.182.949 | $ 47.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 366.500 |
| 17 | JOSE ALBERTO PARRA AGUDELO | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.670.237 | $ 267.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.670.237 | $ 66.900 | 6,960 | $ 1.670.237 | $ 116.300 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.670.237 | $ 66.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 517.400 |
| 15 | RAUL MIGUEL MARTINEZ GASHAR | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.622.394 | $ 259.600 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.622.394 | $ 64.900 | 6,960 | $ 1.622.394 | $ 113.000 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.622.394 | $ 64.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 502.400 |
| 13 | NELSON ALBERTO POSADA TABORDA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.183.009 | $ 189.300 | (EPS016) COOMEVA EPS | $ 1.183.009 | $ 47.400 | 6,960 | $ 1.183.009 | $ 82.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.183.009 | $ 47.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 366.500 |
| 15 | WILSON LEON RESTREPO LOAIZA | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 2.013.436 | $ 322.200 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 2.013.436 | $ 80.600 | 6,960 | $ 2.013.436 | $ 140.200 | (CCF04) COMFAMA | $ 2.013.436 | $ 80.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 623.600 |
| 10 | YOBAN ALBERTO FLOREZ MUÑEZ | 01 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.441.937 | $ 230.800 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.441.937 | $ 57.700 | 6,960 | $ 1.441.937 | $ 100.400 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.441.937 | $ 57.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 446.600 |
| | BENONI ANDREY GIRALDO ZAPATA | 01 | 00 | X | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 17 | 17 | 17 | 17 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 1.232.630 | $ 197.300 | (EPS044) MEDIMAS EPS | $ 1.232.630 | $ 49.400 | 6,960 | $ 1.232.630 | $ 85.900 | (CCF04) COMFAMA | $ 4.331.037 | $ 173.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 505.900 |

## TOTALES

| IC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 102 730 310 | $ 104 711 359 | $ 104 711 359 | $ 109 058 515 | $ 16 523 300 | $ 4 192 400 | $ 7 221 200 | $ 4 366 100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 32 303 000 | $ 0 | $ 32.303 000 |



RUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

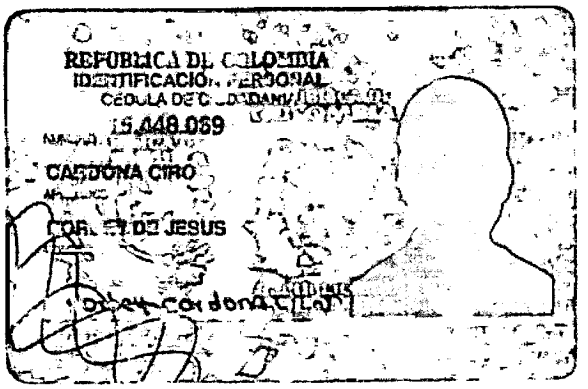
# ANEXO 14

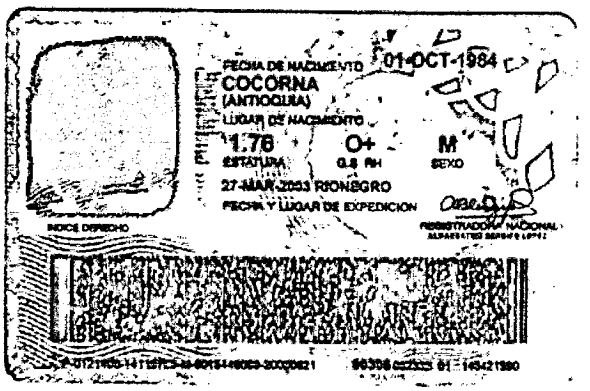
# HOJAS DE VIDA DE LOS CONDUCTORES DE VOLQUETAS DOBLE TROQUE

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

Doble troque · SNT. 380 · Particulares





aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que NORBEY DE JESUS CARDONA CIRO identificado(a) con CC 15448069 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

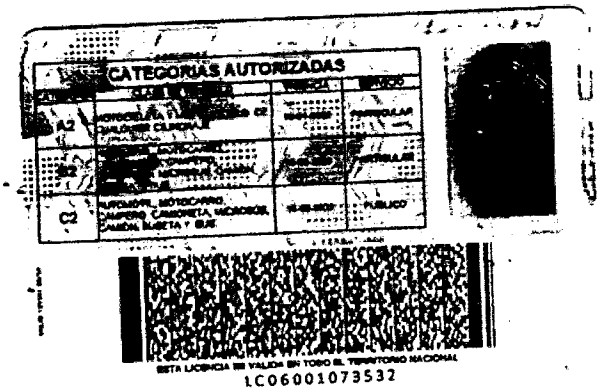
**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-09 | 2019-10 | 505775108 | 8497901664 | E | 2019-10-09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PROTECCION | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-10-16 a las 08:11.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 15448069
O+
SOT SUBSECRETARÍA DE MOVILIDAD RIONEGRO


CATEGORIAS AUTORIZADAS
A2
B2
C2
PUBLICO
LC06001073532

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10012316937

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| SNT380 | INTERNATIONAL | 7600 | 2013 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 10.831 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 16580 |

NÚMERO DE MOTOR: 35299741

REG: N

VIN: 3HTWYAHT8DN191397

NÚMERO DE SERIE: 3HTWYAHT8DN191397

REG: N

NÚMERO DE CHASIS: 3HTWYAHT8DN191397

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO

IDENTIFICACIÓN: C.C. 8027149

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 350

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 48201200021366I

I/E: I

FECHA IMPORT.: 17/05/2012

PUERTAS: 4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCO PICHINCHA S.A

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 15/01/2013 | 13/08/2016 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL SABANETA



LT02004096735

448

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO ¦ MES ¦ DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DÍA |
|---|---|---|
| 2019-01-28 | 2019-01-29 | 2020-01-28 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14454600001150 | SNT380 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 10831 | 2013 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 1 | INTERNATIONAL | PLATON |
| | LÍNEA VEHICULO: 7600 | |

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 35299741 | 3HTWYAHT8DN191397 | 3HTWYAHT8DN191397 | 16.60 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| MONTOYA VALENCIA, LEONARDO FABIO | 3146629479 | CC | 8027149 | CARMEN DE VIB( |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1329 | 91 | 9839410554 | 0 | CARMEN DE VIBORAL |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 330 | $ 767300 | $ 383650 | $ 1900 |

**TOTAL A PAGAR**

$ 1152850

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | MÍNIMOS |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | LEGALES DIARIOS |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | VIGENTES |

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

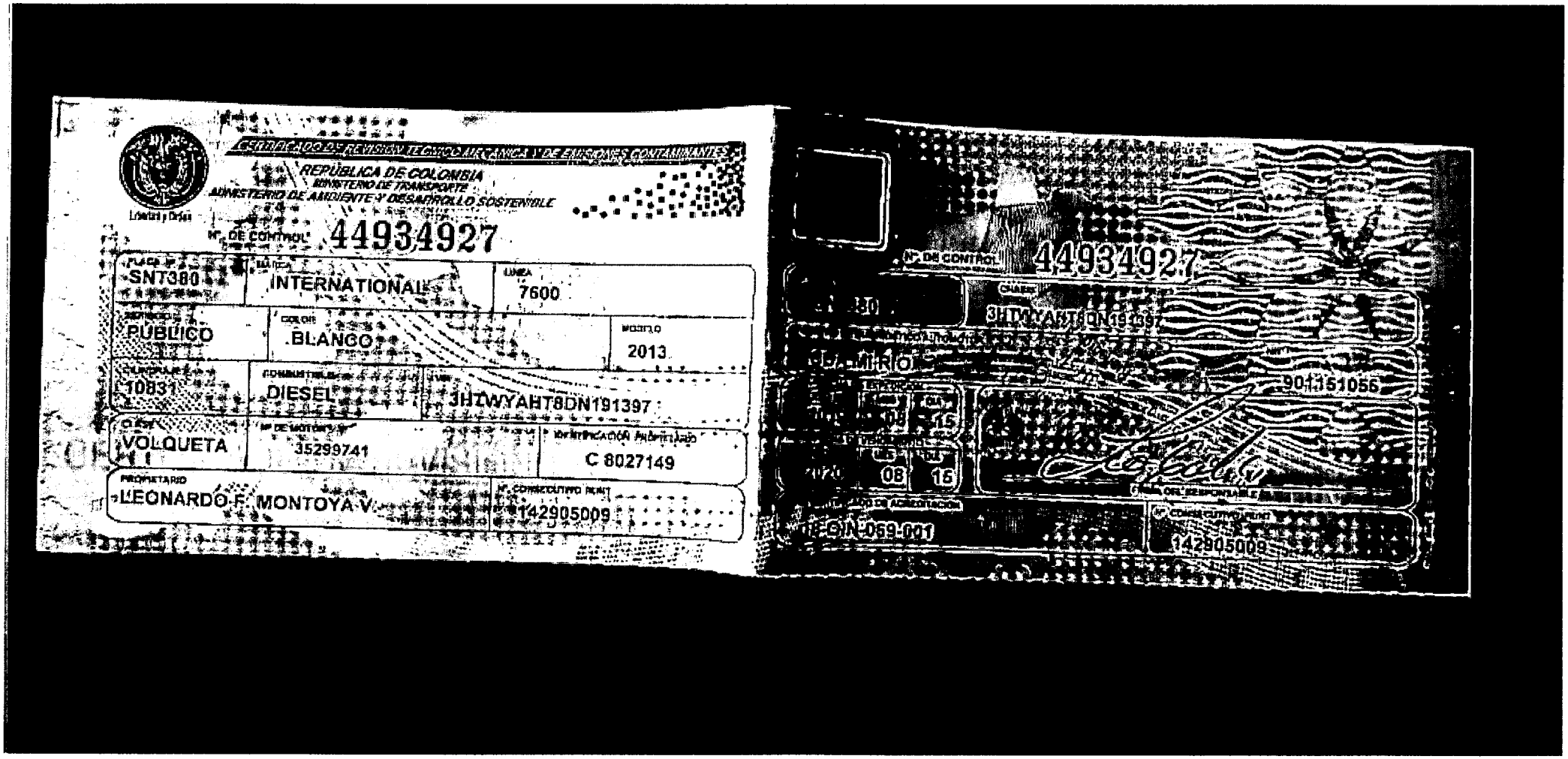
En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales:

Con la inequívoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A., para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la pagina www.segurosdelestado.com.

Firmado por: BOGOTA D.C.,OU=SOAT,SERIALNUMBER=905496,1.3.6.1.4.1.23267.2.3=8600095786,O=SEGUROS DEL ESTADO S A,L=BOGOTA D.C.,E=LILIANA.FORERO@SE



CERTIFICADO DE REVISION TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

Nº DE CONTROL 44934927

| | | |
|---|---|---|
| PLACA SNT380 | MARCA INTERNATIONAL | LINEA 7600 |
| SERVICIO PUBLICO | COLOR BLANCO | MODELO 2013 |
| CILINDRAJE 10831 | COMBUSTIBLE DIESEL | VIN JHZWYAHT8DN191397 |
| CLASE VOLQUETA | Nº DE MOTOR 35299741 | IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO C 8027149 |
| PROPIETARIO LEONARDO F. MONTOYA V. | | Nº CONSECUTIVO RNDC 142905009 |

Nº DE CONTROL 44934927

380 CLASE 3HZWYAHT8DN191397

BLANCO 901351056

FECHA DE EXPEDICIÓN 08 15

FECHA DE VENCIMIENTO 08 16

FIRMA DEL RESPONSABLE

CDA 069-001

142905009

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JULIO CESAR ACOSTA GONZALEZ identificado(a) con CC 80744929 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-10 | 2019-11 | 520840455 | 8499088463 | E | 2019-11-14 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 3 | 16% | $100,000 | $16,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 3 | 6.96% | $100,000 | $7,000 |
| CCF | COMFAMA | 3 | 4% | $100,000 | $4,000 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 3 | 4% | $100,000 | $4,000 |

Este certificado se expide el día 2019-11-15 a las 09:46.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.744.929
NUMERO

ACOSTA GONZALEZ
APELLIDOS

JULIO CESAR
NOMBRES

JULIO CESAR ACOSTA G
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1983
UBALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-NOV-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500106-43159129-M-0080744929-20070607 0481907158N 02 227117144

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 80744929

NOMBRE

JULIO CESAR ACOSTA GONZALEZ

FECHA DE NACIMIENTO
11-11-1983

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
28-05-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
SDT SUBSECRETARÍA DE MOVILIDAD RIONEGRO

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 10-01-2022 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 28-05-2028 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 28-05-2021 | PUBLICO |



VALID 118145 05/17

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06000763385

Doble Troque SOS 327

453

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.036.954.272
GIRALDO CARDONA

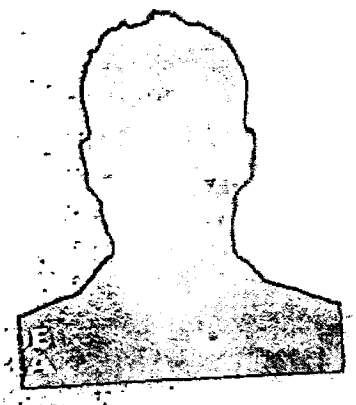
APELLIDOS

JUAN PABLO

NOMBRES

Juan pablo Giraldo cardona

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1995
RIONEGRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-SEP-2013 RIONEGRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0121400-00484800-M-1036954272-20131003 0035265045A 1 41107389

Coomeva
cadena - 1000 -

Vereda Ilia

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JUAN PABLO GIRALDO CARDONA identificado(a) con CC 1036954272 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-09 | 2019-10 | 505775108 | 8497901664 | E | 2019-10-09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | COOMEVA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-10-15 a las 04:58.

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JUAN PABLO GIRALDO CARDONA identificado(a) con CC 1036954272 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-10 | 2019-11 | 520840455 | 8499088463 | E | 2019-11-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | COOMEVA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-11-15 a las 09:41.

456

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1036954272



NOMBRE
JUAN PABLO GIRALDO CARDONA

FECHA DE NACIMIENTO
19-09-1995

SANGRE RH
A+

FECHA DE EXPEDICION
16-12-2017

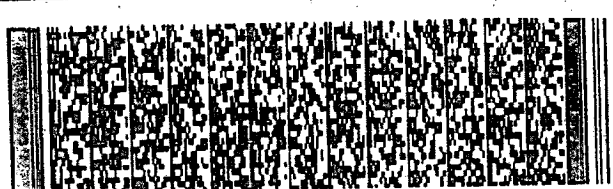
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
SDT SUBSECRETARIA DE MOVILIDAD RIONEGRO

**CATEGORIAS AUTORIZADAS**

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE. | 17-02-2026 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 16-12-2027 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 16-12-2020 | PUBLICO |





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06000609049

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10016491303

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| SOS327 | INTERNATIONAL | WORKSTAR 7600 SBA | 2014 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 10.831 | NARANJA | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 16500 |

NÚMERO DE MOTOR
35314334

REG N — VIN 3HTWYAHT1EN770443

NÚMERO DE SERIE
3HTWYAHT1EN770443

REG N — NÚMERO DE CHASIS 3HTWYAHT1EN770443 — REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 8027149

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
192013000043483

I/E: I

FECHA IMPORT.: 27/05/2013

PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

**PRENDA - BANCOLOMBIA S.A.**

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 12/06/2013 | 23/07/2018 | ****** |

ORGANISMO DE TRANSITO

INSP MCPAL TTOYTTE CARMEN DE VIBORAL



LT02005088606

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO ¦ MES ¦ DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DÍA |
|---|---|---|
| 2019-07-01 | 2019-07-02 | 2020-07-01 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14454600004470 | SOS327 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 10831 | 2014 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | PLATON |

LÍNEA VEHICULO: WORKSTAR 7600 SBA 6X4

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 35314334 | 3HTWYAHT1EN770443 | 3HTWYAHT1EN770443 | 16.50 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| MONTOYA VALENCIA, LEONARDO FABIO | 3146629479 | CC | 8027149 | CARMEN DE VIB( |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1329 | 91 | 9839410554 | 0 | CARMEN DE VIBORAL |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 330 | $ 767300 | $ 383650 | $ 1900 |

TOTAL A PAGAR

$ 1152850

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

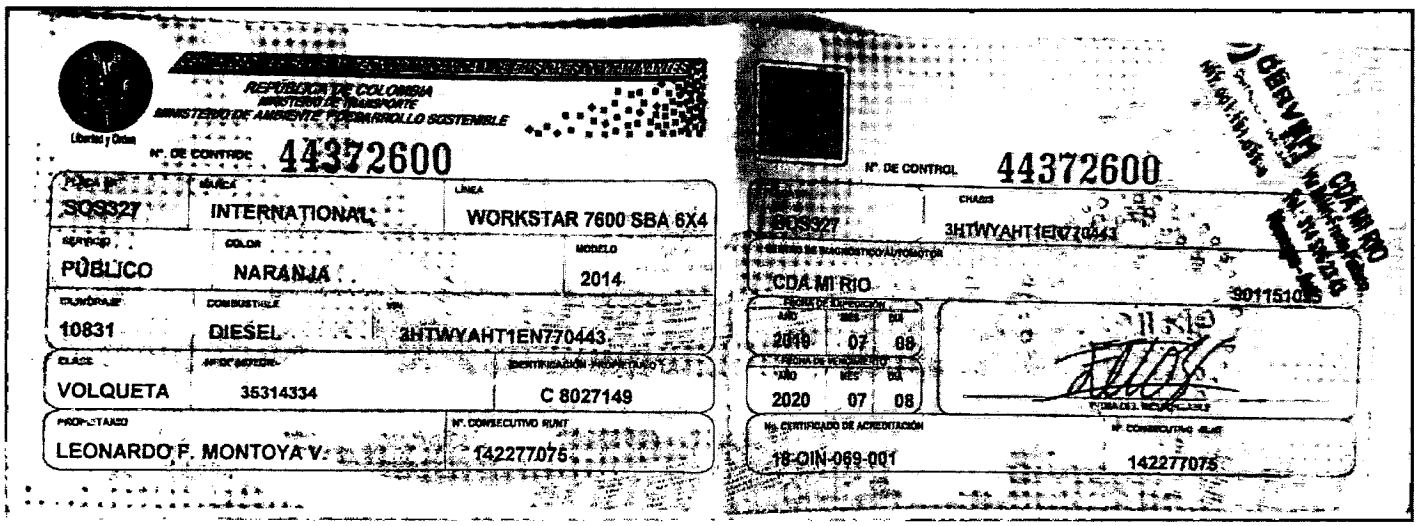
En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales:

Con la inequivoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A., para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la pagina www.segurosdelestado.com.

Firmado por: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Fecha: 2019.07.01 14:18:20 +0
Razón:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE, PARA UN DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL 44372600

| | | |
|---|---|---|
| PLACA: SQS927 | MARCA: INTERNATIONAL | LÍNEA: WORKSTAR 7600 SBA 6X4 |
| SERVICIO: PÚBLICO | COLOR: NARANJA | MODELO: 2014 |
| CILINDRAJE: 10831 | COMBUSTIBLE: DIESEL | VIN: 3HTWYAHT1EN770443 |
| CLASE: VOLQUETA | Nº DE MOTOR: 35314334 | IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO: C 8027149 |
| PROPIETARIO: LEONARDO F. MONTOYA V. | Nº. CONSECUTIVO RUNT: 142277075 | |

Nº. DE CONTROL 44372600

| | | |
|---|---|---|
| PLACA: SQS927 | CHASIS: 3HTWYAHT1EN770443 | |
| NOMBRE DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR: CDA MI RIO | | 901151035 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN: AÑO 2019 MES 07 DÍA 08 | | |
| FECHA DE VENCIMIENTO: AÑO 2020 MES 07 DÍA 08 | | |
| Nº. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN: 18-CIN-069-001 | | Nº. CONSECUTIVO RUNT: 142277075 |

CDA MI RIO

Doble troque- T2R. 343
Particular 460

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.835.205**

**OCAMPO MARTINEZ**

APELLIDOS

**YIMMY**

NOMBRES

yimmy ocampo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-1986**

**MANIZALES**
**(CALDAS)**

LUGAR DE NACIMIENTO

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

**11-FEB-2004 NORCASIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3101900-00216770-M-0009835205-20100221 0021127222A 1 33820916

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que YIMMY OCAMPO MARTINEZ identificado(a) con CC 9835205 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-09 | 2019-10 | 505775108 | 8497901664 | E | 2019-10-09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | MEDIMAS EPS | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-10-15 a las 05:01.

aportes en línea

# Certificado de Aportes

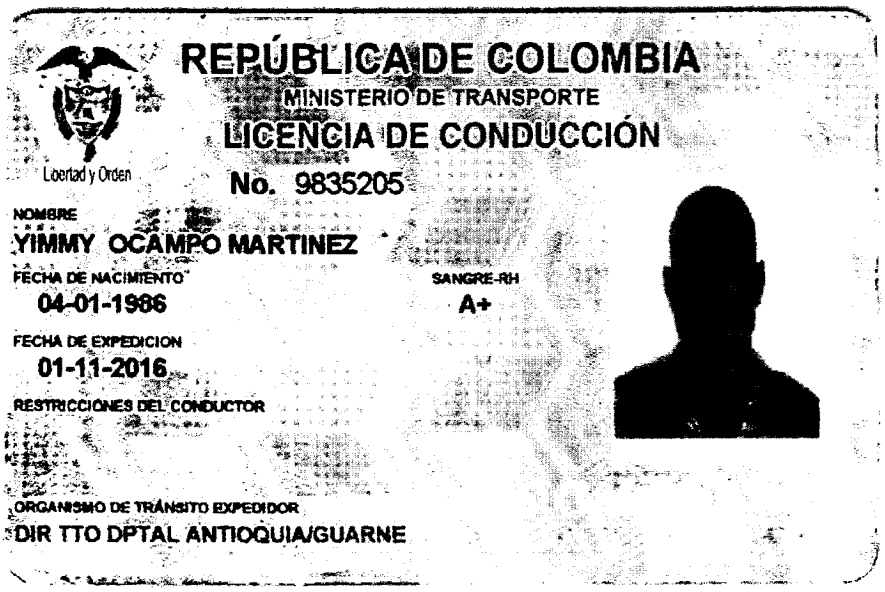
Se certifica que YIMMY OCAMPO MARTINEZ identificado(a) con CC 9835205 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-10 | 2019-11 | 520840455 | 8499088463 | E | 2019-11-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | MEDIMAS EPS | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-11-15 a las 09:38.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 9835205

NOMBRE

YIMMY OCAMPO MARTINEZ

FECHA DE NACIMIENTO

04-01-1986

SANGRE-RH

A+

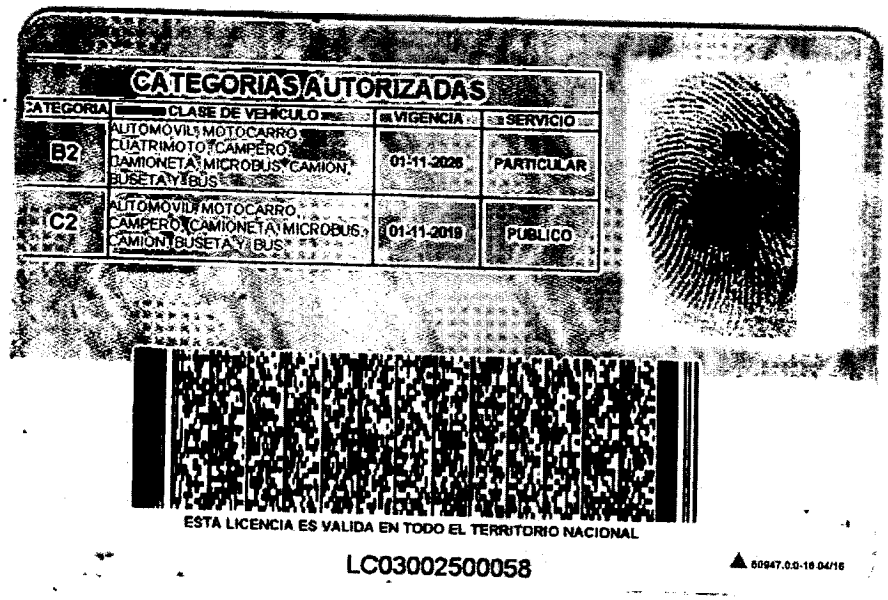
FECHA DE EXPEDICION

01-11-2016

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

DIR TTO DPTAL ANTIOQUIA/GUARNE



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 01-11-2026 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 01-11-2019 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03002500058

▲ 60947.00-16.04/16

464

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013549757

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| TZR343 | INTERNATIONAL | 7600 | 2013 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 10.831 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 16580 |

NÚMERO DE MOTOR: 35307550

REG: N

VIN: 3HTWYAHT7DN328992

NUMERO DE SERIE: 3HTWYAHT7DN328992

REG: N

NÚMERO DE CHASIS: 3HTWYAHT7DN328992

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO

IDENTIFICACIÓN: C.C. 8027149

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 350

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 482013000027087

I/E: I

FECHA IMPORT.: 22/01/2013

PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

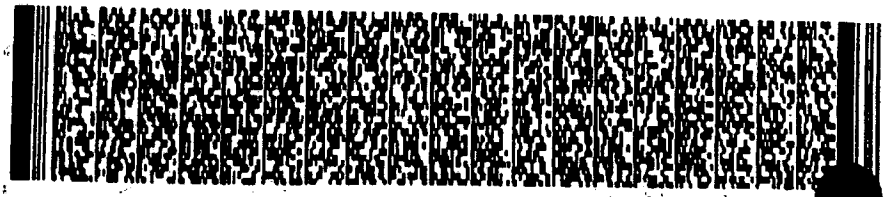
**PRENDA - BANCO PICHINCHA S.A**

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 28/02/2013 | 03/03/2017 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL FUNZA





LT02004408955

465

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO ¦ MES ¦ DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DIA |
|---|---|---|
| 2019-03-01 | 2019-03-02 | 2020-03-01 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14454600001840 | TZR343 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 10831 | 2013 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | PLATON |

LÍNEA VEHICULO: 7600

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 35307550 | 3HTWYAHT7DN328992 | 3HTWYAHT7DN328992 | 16.60 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| MONTOYA VALENCIA, LEONARDO FABIO | 3146629479 | CC | 8027149 | CARMEN DE VIB( |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1329 | 91 | 9839410554 | 0 | CARMEN DE VIBORAL |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 330 | $ 767300 | $ 383650 | $ 1900 |

TOTAL A PAGAR

$ 1152850

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | MÍNIMOS LEGALES |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | DIARIOS |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | VIGENTES |

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

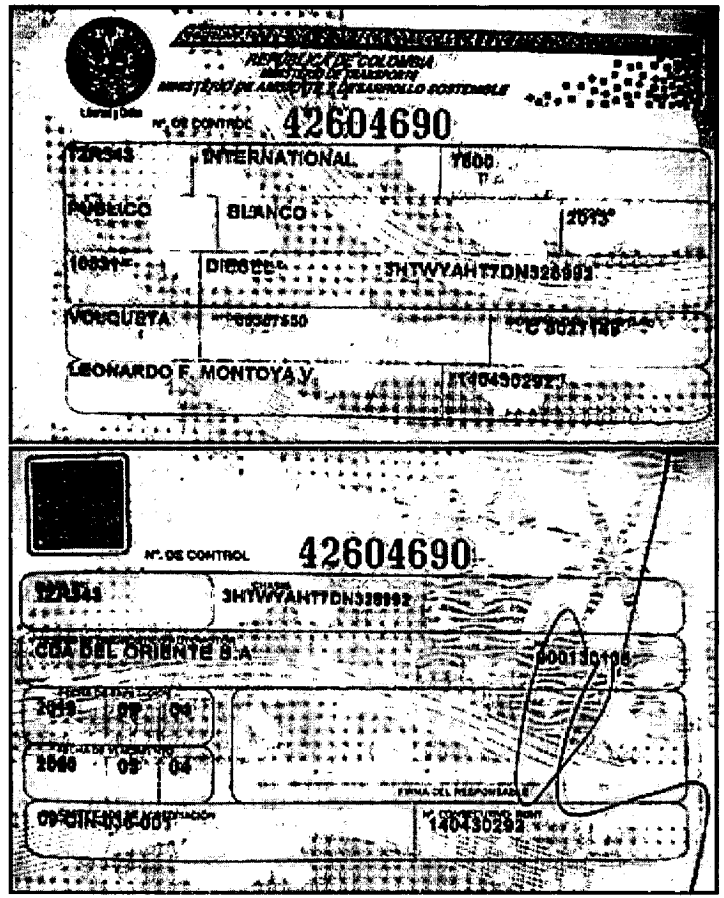
En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales:

Con la inequívoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A., para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la pagina www.segurosdelestado.com.

Firmado por: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Fecha: 2019.03.01 15:00:03 +0
Razón:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Nº. DE CONTROL 42604690

120543 INTERNATIONAL 7600

PUBLICO BLANCO 2013

10531 DIESEL 3HTWYAHT7DN328992

VOLQUETA C 8021126

LEONARDO F. MONTOYA V. 1140430292

Nº. DE CONTROL 42604690

3HTWYAHT7DN328992

COA DEL ORIENTE S.A 900130106

2013 09 04

2040 05 04

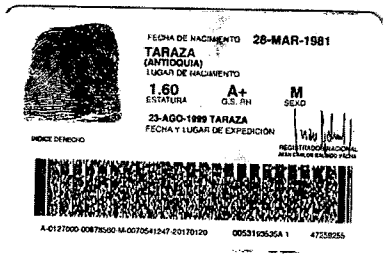
1140430292

496

467

Doble. troque- 522820
Particular



aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JUAN CARLOS RENDON PALACIO identificado(a) con CC 70541247 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-09 | 2019-10 | 505775108 | 8497901664 | E | 2019-10-09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | COLPENSIONES | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | COOMEVA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-10-15 a las 05:01.

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JUAN CARLOS RENDON PALACIO identificado(a) con CC 70541247 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-10 | 2019-11 | 520840455 | 8499088463 | E | 2019-11-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | COLPENSIONES | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | COOMEVA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-11-15 a las 09:41.

## CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHÍCULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE. | 23-08-2022 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 01-02-2027 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 01-02-2020 | PÚBLICO |



Morpho C10023497I-2016-03-10

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01007860625

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 70541247

Libertad y Orden

NOMBRE

**JUAN CARLOS RENDON PALACIO**

FECHA DE NACIMIENTO
**28-03-1981**

SANGRE-RH
**A+**

FECHA DE EXPEDICION
**01-02-2017**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

**STRIA TTEyT.TO MCPAL SANTA FE ANTIOQUIA**

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014405154

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| SZZ820 | INTERNATIONAL | 7600 SBA | 2013 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 10.831 | AZUL | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 16580 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| 35300377 | N | 3HTWYAHT1DN194691 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| 3HTWYAHT1DN194691 | N | 3HTWYAHT1DN194691 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| ~~MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO~~ | ~~C.C. 8027149~~ |

| RESTRICCIÓN MOVILIDAD | BLINDAJE | POTENCIA HP |
|---|---|---|
| | ****** | 0 |

| DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN | I/E | FECHA IMPORT. | PUERTAS |
|---|---|---|---|
| 482012000210785 | I | 15/05/2012 | 2 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

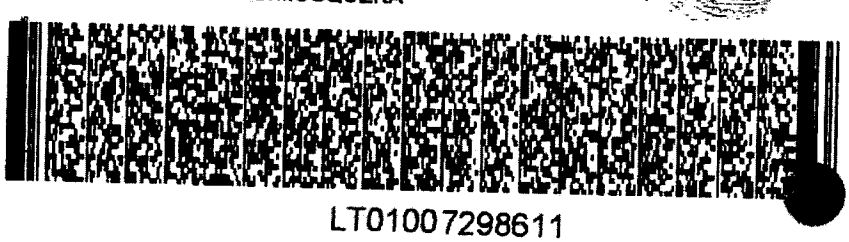
**PRENDA - BANCO DE BOGOTA**

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 21/07/2012 | 01/08/2017 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUND/MOSQUERA





LT01007298611

472

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO ¦ MES ¦ DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DIA |
|---|---|---|
| 2019-07-05 | 2019-07-06 | 2020-07-05 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14454600004540 | SZZ820 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 10831 | 2013 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | PLATON |
| | LÍNEA VEHICULO: 7600 SBA | |

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 35300377 | 3HTWYAHT1DN194691 | 3HTWYAHT1DN194691 | 16.60 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| MONTOYA VALENCIA, LEONARDO FABIO | 3146629479 | CC | 8027149 | CARMEN DE VIB( |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1329 | 91 | 9839410554 | 0 | CARMEN DE VIBORAL |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 330 | $ 767300 | $ 383650 | $ 1900 |

**TOTAL A PAGAR**

$ 1152850

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

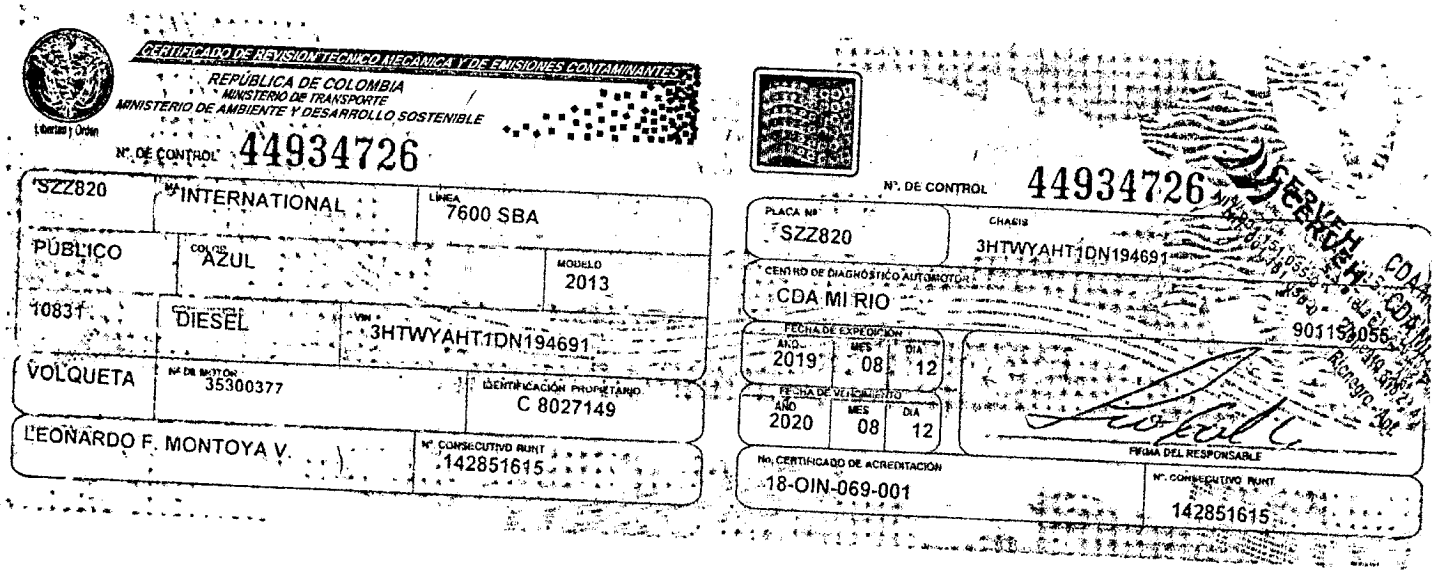
En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales:

Con la inequívoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A., para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la pagina www.segurosdelestado.com.

Firmado por: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Fecha: 2019.07.05 23:35:22 +0
Razón:



CERTIFICADO DE REVISION TECNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL 44934726

| | | |
|---|---|---|
| SZZ820 | INTERNATIONAL | LINEA 7600 SBA |
| PÚBLICO | COLOR AZUL | MODELO 2013 |
| 10831 | DIESEL | VIN 3HTWYAHT1DN194691 |
| VOLQUETA | Nº DE MOTOR 35300377 | IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO C 8027149 |
| LEONARDO F. MONTOYA V. | Nº CONSECUTIVO RUNT 142851615 | |

Nº. DE CONTROL 44934726

| | |
|---|---|
| PLACA Nº SZZ820 | CHASIS 3HTWYAHT1DN194691 |
| CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR CDA MI RIO | 901152055 |

FECHA DE EXPEDICIÓN: AÑO 2019 | MES 08 | DIA 12

FECHA DE VENCIMIENTO: AÑO 2020 | MES 08 | DIA 12

FIRMA DEL RESPONSABLE

| | |
|---|---|
| No. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN 18-OIN-069-001 | Nº. CONSECUTIVO RUNT 142851615 |

CERVETH S.A. CDA MI RIO

Doble troque SXE 190 Particulares

474

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.045.718.157

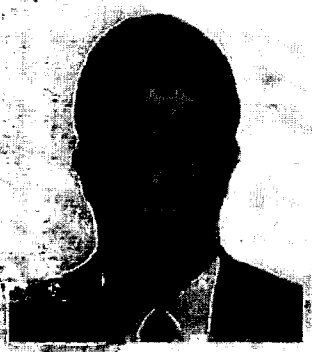
GIRALDO CUARTAS

APELLIDOS

MARIO ANDRES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1993

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

17-ENE-2012 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0300100-00363365-M-1045718157-20120302 0029360659A 1 37692132

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que MARIO ANDRES GIRALDO CUARTAS identificado(a) con CC 1045718157 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-09 | 2019-10 | 505775108 | 8497901664 | E | 2019-10-09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PROTECCION | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | MEDIMAS EPS | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-10-16 a las 09:17.

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que MARIO ANDRES GIRALDO CUARTAS identificado(a) con CC 1045718157 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-10 | 2019-11 | 520840455 | 8499088463 | E | 2019-11-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PROTECCION | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | MEDIMAS EPS | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-11-15 a las 09:45.

REPUBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1045718157

NOMBRES

MARIO ANDRES GIRALDO CUARTAS

FECHA DE NACIMIENTO

26-10-1993

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

22-08-2017

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

DIR TTO DPTAL ANTIOQUIA/GUARNE



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 22-08-2027 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 22-08-2020 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03002926336

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10018076300

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| SXE190 | INTERNATIONAL | 7600 | 2012 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 10.831 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 19000 |

NÚMERO DE MOTOR: 35285149

REG: N — VIN: 3HTWYAHT0CN587404

NÚMERO DE SERIE: CN587404

REG: N — NÚMERO DE CHASIS: CN587404 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): SUMINISTROS HG Y R S.A.S

IDENTIFICACIÓN: NIT 901046553

---

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

| BLINDAJE | POTENCIA HP |
|---|---|
| ****** | 350 |

| DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN | I/E | FECHA IMPORT. | PUERTAS |
|---|---|---|---|
| 48201000226486 | I | 30/06/2011 | 2 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - CARLOS ANDRES RESTREPO SANCHEZ

| FECHA MATRICULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 22/07/2011 | 28/03/2019 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST MCPAL DE TTO Y TTE PEREIRA





LT03003429928

479

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ASEGURADORA

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO | MES | DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2019 | 7 | 24 | 2019 | 7 | 25 | 2020 | 7 | 24 |

| No. DE POLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 76420611 - 601332187 | SXE190 | CARGA O MIXTOS | PUBLICO | 10831 | 2012 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | PLATON |

LÍNEA VEHÍCULO: 7600

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 35285149 | CN587404 | 3HTWYAHT0CN587404 | 19,00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No.DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| SUMINISTROS HG Y R S.A.S. | 3137917678 | NIT | 901046553 | PEREIRA |

| CODIGO DE ASEGURADORA | COD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|
| 1317 | 95 | 80000441 | 76420611 | 11001 |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCION FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 33 | $ 767.300 | $ 383.650 | $ 1.900 |

TOTAL A PAGAR

$ 1.152.850

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |





tu beneficio mundial

trabajamos para alcanzar tus sueños

*Aplican Términos y Condiciones.


**Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:**

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

**En caso de accidente de tránsito:**

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos**

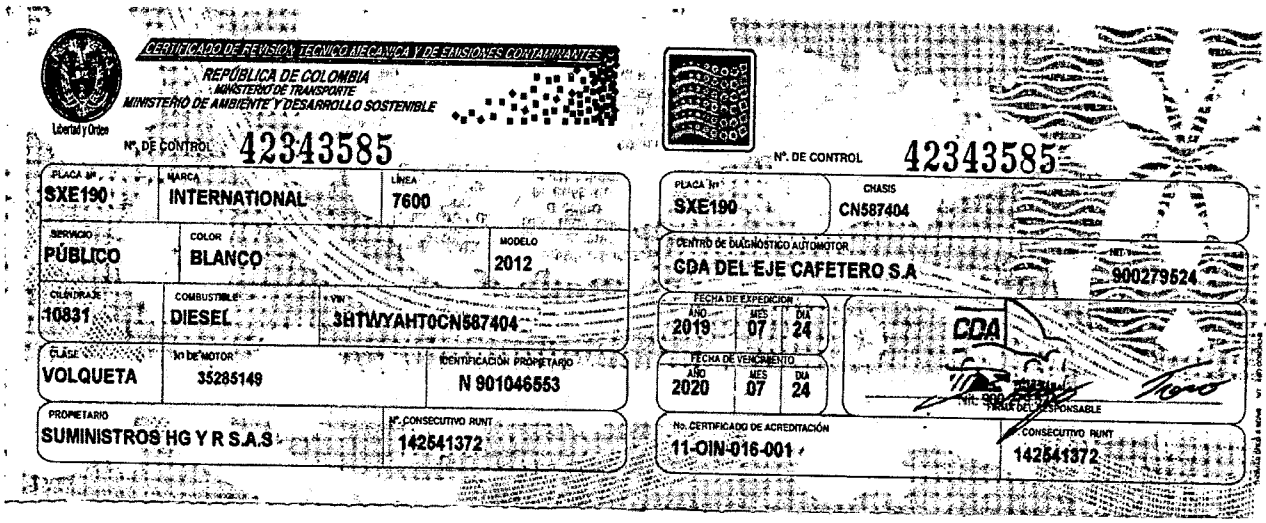
- Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT, la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

**Habeas data**

**Autorización Ley de Protección de Datos:** Conforme con la Ley 1581 de 2012 de protección de datos, autorizo a Seguros Mundial a almacenar, recolectar y gestionar mis datos personales para el suministro de información y educación financiera, ofrecimiento comercial de los productos, así como los servicios inherentes a la actividad aseguradora, realización de encuestas de satisfacción de clientes y fines estadísticos. Para mayor información, la Política de Tratamiento de la información la encuentra en www.segurosmundial.com.co

En caso de que no desee otorgar esta autorización, favor comunicarse a los teléfonos que aparecen en esta póliza o ingrese al link: http://www.segurosmundial.com.co/servicio-al-cliente/ en nuestra página web y diligencie el formulario o envíe un correo a la siguiente dirección: consumidorfinanciero@segurosmundial.com.co

480



CERTIFICADO DE REVISIÓN TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL 42343585

| PLACA Nº | MARCA | LÍNEA |
|---|---|---|
| SXE190 | INTERNATIONAL | 7600 |

| SERVICIO | COLOR | MODELO |
|---|---|---|
| PÚBLICO | BLANCO | 2012 |

| CILINDRAJE | COMBUSTIBLE | VIN |
|---|---|---|
| 10831 | DIESEL | 3HTWYAHT0CN587404 |

| CLASE | Nº DE MOTOR | IDENTIFICACIÓN PROPIETARIO |
|---|---|---|
| VOLQUETA | 35285149 | N 901046553 |

| PROPIETARIO | Nº. CONSECUTIVO RUNT |
|---|---|
| SUMINISTROS HG Y R S.A.S | 142541372 |

Nº. DE CONTROL 42343585

| PLACA Nº | CHASIS |
|---|---|
| SXE190 | CN587404 |

CENTRO DE DIAGNÓSTICO AUTOMOTOR: GDA DEL EJE CAFETERO S.A — NIT: 900279524

| FECHA DE EXPEDICIÓN | AÑO | MES | DIA |
|---|---|---|---|
| | 2019 | 07 | 24 |

| FECHA DE VENCIMIENTO | AÑO | MES | DIA |
|---|---|---|---|
| | 2020 | 07 | 24 |

CDA

NIT. 900279524
FIRMA DEL RESPONSABLE

| No. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN | Nº. CONSECUTIVO RUNT |
|---|---|
| 11-OIN-016-001 | 142541372 |

Particulares
Doble.toque SZK 562
Particulares 491

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.432.480**

**GIRALDO LOPEZ**
APELLIDOS

**DELIO ANTONIO**
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1968**

**RIONEGRO**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.77** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**23-ABR-1987 RIONEGRO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0114200-00173861-M-0015432480-20090029 0015509569A 1 2050103777

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que DELIO ANTONIO GIRALDO LOPEZ identificado(a) con CC 15432480 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-09 | 2019-10 | 505775108 | 8497901664 | E | 2019-10-09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $828,116 | $132,500 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $828,116 | $57,700 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $828,116 | $33,200 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 30 | 4% | $828,116 | $33,200 |

Este certificado se expide el día 2019-10-15 a las 04:57.

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que DELIO ANTONIO GIRALDO LOPEZ identificado(a) con CC 15432480 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-10 | 2019-11 | 520840455 | 8499088463 | E | 2019-11-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $828,116 | $132,500 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $828,116 | $57,700 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $828,116 | $33,200 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 30 | 4% | $828,116 | $33,200 |

Este certificado se expide el día 2019-11-15 a las 09:44.

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No.** 15432480

NOMBRE

**DELIO ANTONIO GIRALDO LOPEZ**

FECHA DE NACIMIENTO

**14-05-1968**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**06-06-2019**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

**SDT SUBSECRETARIA DE MOVILIDAD RIONEGRO**

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B3 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO | 06-06-2029 | PARTICULAR |
| C3 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO | 06-05-2022 | PUBLICO |



VALID 20181001 10/18

ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06001290405

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10003146770

| PLACA | MARCA | LINEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| SZK562 | INTERNATIONAL | 7600 SBA | 2012 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 10.831 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHICULO | TIPO CARROCERIA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 19070 |

NUMERO DE MOTOR
35293635

REG N VIN 3HTWYAHT7CN076868

NUMERO DE SERIE
3HTWYAHT7CN076868

REG N NUMERO DE CHASIS 3HTWYAHT7CN076868 REG N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
BANCO DE BOGOTA S.A

IDENTIFICACION
NIT 860002964

RESTRICCION MOVILIDAD

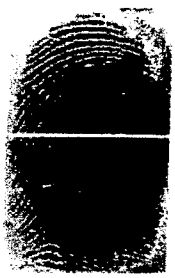
BLINDAJE ****** POTENCIA HP 350

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
482012000020570

I/E I FECHA IMPORT. 18/01/2012 PUERTAS 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******



| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 13/02/2012 | 13/02/2012 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO
SECRETARIA MCPAL TTOYTTE PUERTO COLOMBIA

Morpho 27034537-2013

LTD1002544706

48b

# SOAT

Seguros mundial

tu compañía siempre

| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA | HASTA LAS 24:00 HORAS DEL |
|---|---|---|
| 2019 6 10 | 2019 6 11 | 2020 6 10 |

| No. DE POLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE EN CMTOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 76142911 - 600420804 | SZK562 | CARGA O MIXTOS | PUBLICO | 10831 | 2012 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERIA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | PLATON |

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON |
|---|---|---|---|
| 35293635 | 3HTWYAHT7CN076868 | 3HTWYAHT7CN076868 | 19,07 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELEFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| MATILDE ELENA DIAZ DAZA | 3002224826 | CC | 32662834 | BOGOTA D.C. |

| CODIGO DE ABELISMO/TIA | COD. MUNICIPIO DE MATRICULA | CLASE DE VEHICULO | No. PREIMPRESO | CIUDAD DE EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|
| 1317 | 51 | 80001716 | 76142911 | 68001 |

| RADIO | PRIMA NETA | CONTRIBUCION SOLIDARIA | IVA RADIO |
|---|---|---|---|
| 33 | $ 767.300 | $ 383.650 | $ 1.900 |

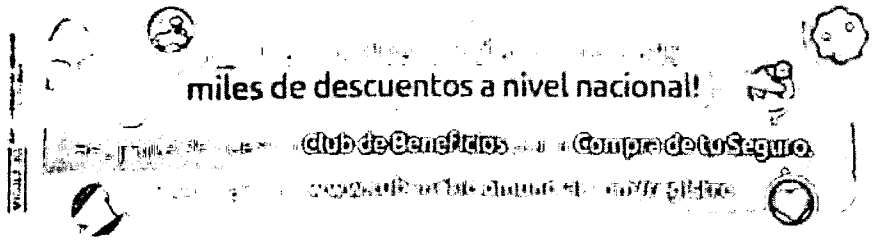
TOTAL A PAGAR

**$ 1.152.850**

AMPARO POR VICTIMA — VALOR

| | | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | MÍNIMOS |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | LEGALES |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS | 10 | DIARIOS VIGENTES |

FIRMA AUTORIZADA




**Señor usuario tenga en cuenta Las siguientes recomendaciones:**

- Revise usted mismo el SOAT al momento de [illegible]
- Para ubicar a [illegible]
- En el momento de [illegible]
- [illegible]

**En caso de accidente de transito:**

- Si alguien resulta [illegible]
- Solicite [illegible]
- Para [illegible]

**Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos**

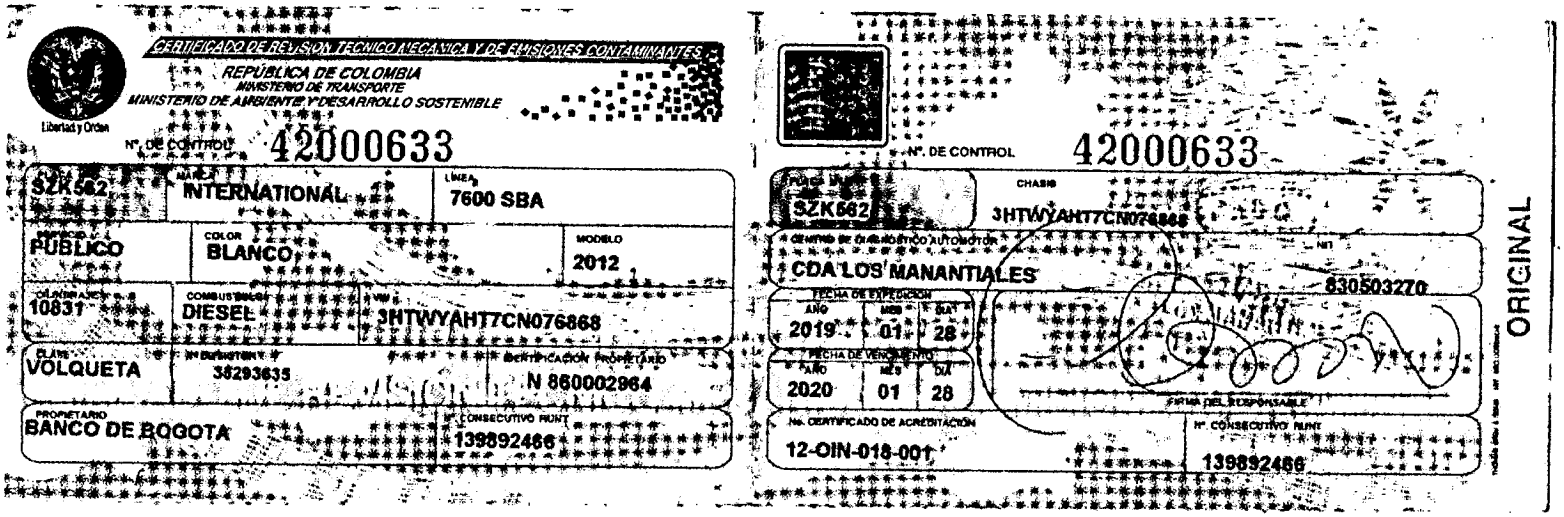
- [illegible]

**Habeas data**

**Autorización Ley de Protección de Datos:** [illegible]

En caso de que no desee otorgar esta autorización, favor comunicarse [illegible]

[illegible]



CERTIFICADO DE REVISION TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL 42000633

| | | |
|---|---|---|
| PLACA: SZK562 | MARCA: INTERNATIONAL | LINEA: 7600 SBA |
| SERVICIO: PUBLICO | COLOR: BLANCO | MODELO: 2012 |
| CILINDRAJE: 10831 | COMBUSTIBLE: DIESEL | VIN: 3HTWYAHT7CN076868 |
| CLASE: VOLQUETA | Nº MOTOR: 38293635 | IDENTIFICACION PROPIETARIO: N 860002964 |
| PROPIETARIO: BANCO DE BOGOTA | | Nº CONSECUTIVO RUNT: 139892466 |

Nº. DE CONTROL 42000633

| | |
|---|---|
| PLACA: SZK562 | CHASIS: 3HTWYAHT7CN076868 |
| CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR: CDA LOS MANANTIALES | NIT: 830503270 |
| FECHA DE EXPEDICION: AÑO 2019 MES 01 DIA 28 | |
| FECHA DE VENCIMIENTO: AÑO 2020 MES 01 DIA 28 | FIRMA DEL RESPONSABLE |
| No. CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN: 12-OIN-018-001 | Nº CONSECUTIVO RUNT: 139892466 |

ORIGINAL

Doble. troque. SSZ 012 488
Particulares

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.036.942.532
DIAZ GARCIA
APELLIDOS
JOHN JAIME
NOMBRES



John Jaime Diaz
FIRMA



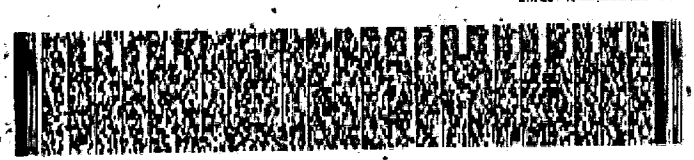
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1991
RIONEGRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-ENE-2010 RIONEGRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0121400-00213481-M-1036942532-20100239 0020761995A 1 33065264

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN JAIME DIAZ GARCIA identificado(a) con CC 1036942532 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-09 | 2019-10 | 505775108 | 8497901664 | E | 2019-10-09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-10-16 a las 08:12.

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JOHN JAIME DIAZ GARCIA identificado(a) con CC 1036942532 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO NI 8027149**

| Periodo | | Clave | | Planilla | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Tipo | Fecha Pago | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2019-10 | 2019-11 | 520840455 | 8499088463 | E | 2019-11-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Riesgo | Administradora | Días | Tarifa | IBC | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|
| AFP | PORVENIR | 30 | 16% | $1,000,000 | $160,000 |
| ARL | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 30 | 6.96% | $1,000,000 | $69,600 |
| CCF | COMFAMA | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |
| EPS | EPS SURA (ANTES SUSALUD) | 30 | 4% | $1,000,000 | $40,000 |

Este certificado se expide el día 2019-11-15 a las 09:42.

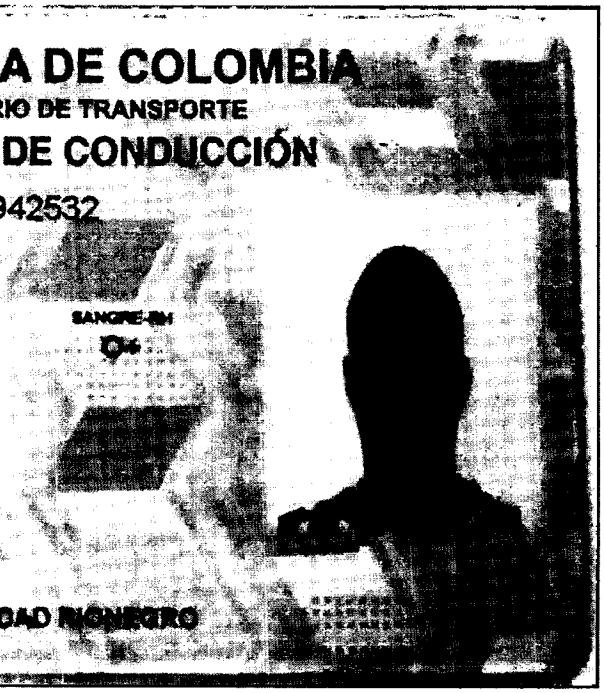
Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No.** 1036942532



NOMBRE

**JOHN JAIME DIAZ GARCIA**

FECHA DE NACIMIENTO

**26-11-1991**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**17-06-2019**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

**SDT SUBSECRETARÍA DE MOVILIDAD BOGOTÁ**

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 10-01-2022 | PARTICULAR |
| B3 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA, BUS Y ARTICULADO | 17-06-2029 | PARTICULAR |
| C3 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO | 17-06-2022 | PUBLICO |



VALID 2015/07 10/13

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06001290632

492

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010732870

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| SSZ012 | INTERNATIONAL | 7600 SBA | 2012 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 10.831 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| VOLQUETA | PLATON | DIESEL | 16580 |

NÚMERO DE MOTOR
35289808

REG N — VIN 3HTWYAHTXCN615466

NÚMERO DE SERIE
3HTWYAHTXCN615466

REG N — NÚMERO DE CHASIS 3HTWYAHTXCN615466 — REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
~~MONTOYA VALENCIA LEONARDO FABIO~~

IDENTIFICACIÓN
~~C.C. 8027149~~

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

| BLINDAJE | POTENCIA HP |
|---|---|
| ****** | 0 |

| DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN | I/E | FECHA IMPORT. | PUERTAS |
|---|---|---|---|
| 482011000363463 | I | 04/10/2011 | 2 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

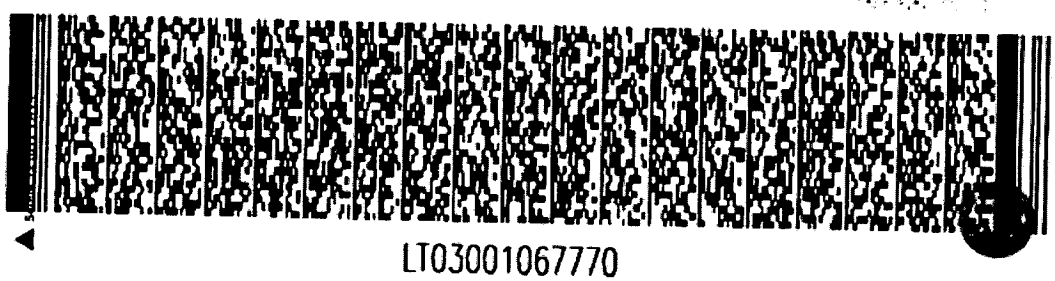
******

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 02/12/2011 | 23/11/2015 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

DIR TTOYTTE BUCARAMANGA





LT03001067770

493

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO ¦ MES ¦ DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO ¦ MES ¦ DÍA |
|---|---|---|
| 2019-05-08 | 2019-05-09 | 2020-05-08 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14454600003190 | SSZ012 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 10831 | 2012 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | PLATON |

LÍNEA VEHICULO: 7600 SBA

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 35289808 | 3HTWYAHTXCN615466 | 3HTWYAHTXCN615466 | 16.60 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| MONTOYA VALENCIA, LEONARDO FABIO | 3146629479 | CC | 8027149 | CARMEN DE VIB( |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1329 | 91 | 9839410554 | 0 | CARMEN DE VIBORAL |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 330 | $ 767300 | $ 383650 | $ 1900 |

TOTAL A PAGAR

$ 1152850

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | MÍNIMOS LEGALES |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | DIARIOS |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | VIGENTES |

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

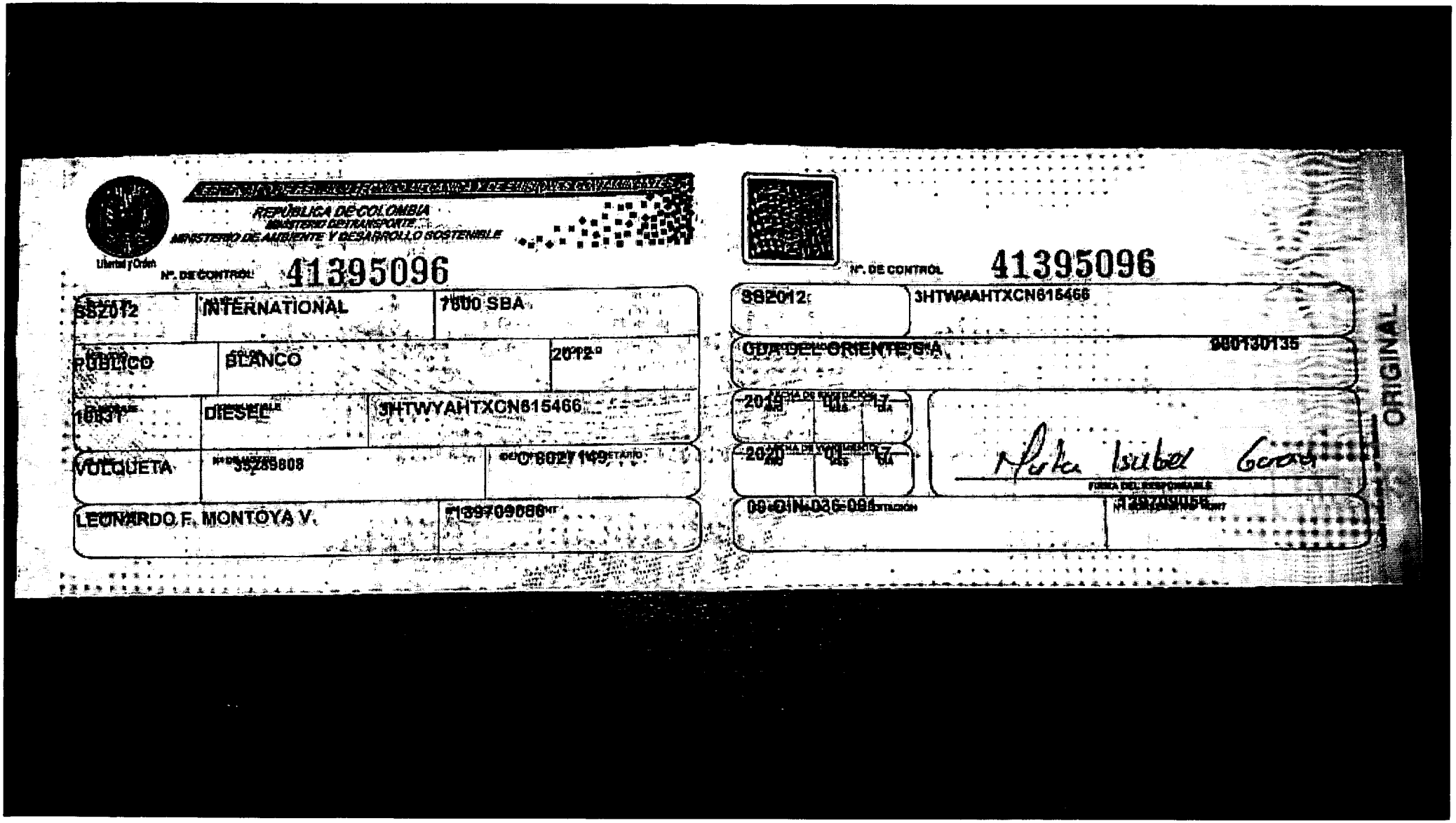
En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Protección de datos personales:

Con la inequívoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A., para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la pagina www.segurosdelestado.com.

Firmado por: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Fecha: 2019.05.09 01:23:14 +0
Razón:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE
Libertad y Orden

Nº. DE CONTROL 41395096

SSZ012 | INTERNATIONAL | 7500 SBA

PUBLICO | BLANCO | 2012

10931 | DIESEL | 3HTWYAHTXCN615466

VOLQUETA | 35285808 | 0 8027 149

LEONARDO F. MONTOYA V. | 1139709086

Nº. DE CONTROL 41395096

SS2012 | 3HTWMAHTXCN615466

CRA DEL ORIENTE S.A. | 900130135

2019 01 17

2020 01 17

Marta Isabel Gomez
FIRMA DEL RESPONSABLE

ORIGINAL

454

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 15

# FORMATOS DE ENTREGA Y/O CAMBIO DE E.P.P. DE INGEVÍAS S.A.S

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVÍAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Yoban Alberto Florez Velez

CC. 9865976O

FECHA: 20-11-2019

LUGAR: El Retiro

CARGO: Conductor volqueta TDZ076

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Guante vaqueta | — | 1 | X | | 20-11-2019 | Yoban Flo | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Daniel Bustamante

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Zuley Andrea Botero Tangarife FECHA: 20-11-2019

CC. 1020108015

CARGO: Controladora Vial LUGAR: El Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota caucho con P | 39 | 1 | X | | 20-11-2019 | Zuley Botero Tangarife | |
| Camisa dotacion | M | 1 | X | | 20-11-2019 | Zuley Botero Tangarife | |
| Pantalon dotacion | 30 | 1 | X | | 20-11-2019 | Zuley Botero Tangarife | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco de seguridad | - | 1 | X | | 20-11-2019 | Zuley Botero Tangarife | |
| Guantes de velaje | - | 1 | X | | 20-11-2019 | Zuley Botero Tangarife | |
| Tapabocas desechable | - | 1 | X | | 20-11-2019 | Zuley Botero Tangarife | |
| Protector ocular | - | 1 | X | | 20-11-2019 | Zuley Botero Tangarife | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Zuley Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVÍAS

CONTRATO No: 4600010161

NOMBRE: Gloria Bibiana Haan Perez

FECHA: 21-11-2019

CC. 34065101

LUGAR: El Retiro

CARGO: Contratista Vial

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Gloria Haan | |
| Camisa | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Gloria Haan | |
| Pantalon | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Gloria Haan | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Gloria Haan | |
| Guantes de vaqueta | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Gloria Haan | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Gloria Haan | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVÍAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Alejandro Orozco Aguirre

CC. 1002205654

FECHA: 21-11-2019

LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante SST - Ambiental

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota caucho con P | 42 | 1 | X | | 21-11-2019 | Alejandro orozco | |
| Camisa dotacion | L | 1 | X | | 21-11-2019 | Alejandro orozco | |
| Pantalon dotacion | 32 | 1 | X | | 21-11-2019 | Alejandro orozco | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Alejandro orozco | |
| Guantes de vaqueta | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Alejandro orozco | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 21-11-2019 | Alejandro orozco | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Darly Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

500

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Luis Felipe Diaz Bohorquez FECHA: 22-11-2019

CC. 1036939880

CARGO: Encargado de Obra LUGAR: El Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chaleco | L | 1 | X | | 22-11-2019 | Luis Felipe Diaz | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: José Luis Cardenas Cardenas FECHA: 25/11/2019

CC. 73804578

CARGO: Operal LUGAR: El Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Camisa dotacion | L | 1 | X | | 25-11-2019 | Jose Luis Cardenas C. | |
| Pantalon dotacion | 36 | 1 | X | | 25-11-2019 | Jose Luis Cardenas C. | |
| Bota cuero con P. | 40 | 1 | X | | 25-11-2019 | Jose Luis Cardenas C. | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco azul | — | 1 | X | | 25-11-2019 | Jose Luis C. | |
| Guantes de vaqueta | — | 1 | X | | 25-11-2019 | Jose Luis C. | |
| Gafas oscuras | — | 1 | X | | 25-11-2019 | Jose Luis C. | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Paola Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA Luis Carlos

502

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Jhon Fredy Rodas Echeverri FECHA: 25-11-2019

CC. 71556483 LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pantalon dotacion | 36 | 1 | X | | 25-11-2019 | Jhon Fredy Rodas | |
| Camiseta dotacion | L | 1 | X | | 25-11-2019 | Jhon Fredy Rodas | |
| Botas cordon con P | 39 | 1 | X | | 25-11-2019 | Jhon Fredy Rodas | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Guantes de vaqueta | - | 1 | X | | 25-11-2019 | Jhon Fredy Rodas | |
| Tapabocas desechable | - | 1 | X | | 25-11-2019 | Jhon Fredy Rodas | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Luis Eduardo Sanchez Garcia FECHA: 25-11-2019

CC. 1040183387 LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pantalon dotacion | 34 | 1 | X | | 25-11-2019 | Luis | |
| Camisa dotacion | L | 1 | X | | 25-11-2019 | Luis | |
| Bota caucho con P | 42 | 1 | X | | 25-11-2019 | Luis | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Guante de vaqueta | X | 1 | X | | 25-11-2019 | Luis | |
| Tapabocas desechable | - | 1 | X | | 25-11-2019 | Luis | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Danny Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA Luis Carlos

| INGEVÍAS | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Jose Luis Cardenas Cardenas
CC. 4380458
CARGO: Oficial

FECHA: 25-11-2019
LUGAR: El Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Camisa dotacion | L | 1 | X | | 25-11-2019 | | |
| Pantalon dotacion | 36 | 1 | X | | 25-11-2019 | | |
| Bota cuero corf | 4 | 1 | X | | 25-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco azul | — | 1 | X | | 25-11-2019 | | |
| Gafa vadata | — | 1 | X | | 28-11-2019 | | |
| Guante cuero | — | 1 | X | | 28-11-2019 | | |
| Honcapuz clara | — | 1 | X | | 28-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Dadi Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Federico Buitrago Echeverri FECHA: 25-11-2019

CC. 1007338090 LUGAR: El retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pantalon dotacion | 32 | 1 | X | | 25-11-2019 | FedericoBuitrago E | |
| Camisa dotacion | L | 1 | X | | 25-11-2019 | Federico Buitrago E | |
| Bota caucho con P. | 42 | 1 | X | | 25-11-2019 | Federico Buitrago E | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Guantes de vaqueta | — | 1 | X | | 25-11-2019 | federico Buitrago E | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 25-11-2019 | Federico Buitrago E. | |
| Guantes de caucho | — | 1 | X | | 28-11-2019 | federico Buitrago E. | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Martha Luz Restrepo Restrepo FECHA: 05-11-2019

CC. 43069930 LUGAR: El retiro

CARGO: Residente local

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas cuero con P. | 38 | 1 | X | | 05-11-2019 | | |
| Chaleco Ingeniero | M | 1 | X | | 14-11-2019 | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco blanco | — | 1 | X | | 14-11-2019 | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Dusy Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Diana Patricia Avella Villamizar FECHA: 05-11-2019

CC. 60446600

CARGO: Ingeniera Residente LUGAR: El Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota cuero con P. | | 1 | X | | 05-11-2019 | | |
| Chaleco Ingenieros | M | 1 | X | | 14-11-2019 | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Para gafa casco | — | 1 | X | | 06-11-2019 | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALO DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA A PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Luis Carlos Jimenez FECHA: 05/11/2019

CC. 71634995 LUGAR: El Retiro

CARGO: Almacenista

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas cuero con P. | 39 | 1 | X | | 05/11/2019 | | |
| Chaleco Ingevias | L | 1 | X | | 14-11-2019 | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco blanco | — | 1 | X | | 06-11-2019 | | |
| Manga para clara | — | 1 | X | | 06-11-2019 | | |
| Guante reflectivo | — | 1 | X | | 06-11-2019 | | Dev. 14-11-2019 |
| Para gafa casco | — | 1 | X | | 06-11-2019 | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOI DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA A PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Danny Roberto

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Alejandro Orrego Gómez FECHA: 06/11/2019

CC. 71276398 LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas de caucho | 41 | 1 | X | | 06/11/2019 | Alejandro Orrego | |
| Camisa | XL | 1 | X | | 12/11/2019 | Alejandro Orrego | |
| Pantalon | 34 | 1 | X | | 12/11/2019 | Alejandro Orrego | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Alejandro orrego | |
| Tapon desechable | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Alejandro Orrego | |
| Chaleco reflectivo | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Alejandro orrego | |
| Tapon auditivo | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Alejandro orrego | |
| Guantes de caucho | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Alejandro orrego | |
| Monogafas claras | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Alejandro Orrego | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Dairo Bocot

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Lidia Yamilet Vargas FECHA: 06/11/2019

CC. 12427376 C.E. LUGAR: El Retiro

CARGO: Constructora Vial

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota de cuero | 39 | 1 | X | | 06/11/2019 | Lidia Vargas | |
| Camisa | M | 1 | X | | 12/11/2019 | Lidia Vargas | |
| Pantalon | 34 | 1 | X | | 12/11/2019 | Lidia Vargas | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Lidia Vargas | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Lidia Vargas | |
| Chaleco reflectivo | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Lidia Vargas | |
| Tapaoidos | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Lidia Vargas | |
| Guantes vaqueta | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Lidia Vargas | |
| Monogafas claras | — | 1 | X | | 06/11/2019 | Lidia Vargas | |
| Conjunto impermeable | — | 1 | X | | 14-11-2019 | Lidia Vargas | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Paddy Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Yerner Eduardo Aguirre Hernandez FECHA: 07-11-2019

CC. 1007104544 LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas de caucho | 41 | 1 | X | | 07-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| Camisa | XL | 1 | X | | 09-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| Pantalon | 34 | 1 | X | | 09-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 07-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| Guantes vaqueta | — | 1 | X | | 07-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| Tapon auditivo | — | 1 | X | | 07-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 07-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| Monogafas boris | — | 1 | X | | 07-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| Chaleco reflectivo | — | 1 | X | | 07-11-2019 | Yerner Hernandez | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Luis Hernando Osorio Sierra FECHA: 08-11-2019

CC. 71185729 LUGAR: El Retiro

CARGO: Operador cortadora

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tapaburos desechable | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Luis Hernando Osorio | |
| Monogafas claras | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Luis Hernando Osorio | |
| Tapaoidos insercion | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Luis Hernando Osorio | |
| Guantes vaqueta | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Luis Hernando Osorio | |
| Protector auditivo tipo copa | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Luis Hernando Osorio | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Nadyboteró

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

513

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Maria Isabel Madrigal Munoz FECHA: 08-11-2019

CC. 39452584

CARGO: Residente Ambiental LUGAR: 61 Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chaleco Ingevias | M | 1 | X | | 13-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco blanco | — | 1 | X | | 08-11-2019 | | |
| Gafa para casco | — | 1 | X | | 08-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Danny Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Juan Fernando Orozco Giraldo FECHA: 08-11-2019

CC. 98555677 LUGAR: El Retiro

CARGO: Director de Obra

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Overol Ingevias | L | 1 | X | | 14-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yava para casco | — | 1 | X | | 08-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD/ LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOI DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AI PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Dorly Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Miguel Angel Perez Munoz FECHA: 08-11-2019

CC. 1552475 - Topaga tunga LUGAR: El Retiro

CARGO: Operario

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota de cuero P. | 40 | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | |
| Camisa | | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | |
| Pantalon | | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | |
| Guantes vaqueta | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | |
| Monogafas claras | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | |
| Tapaoidos insercion | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | |
| Chaleco en U | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Miguel perez | No entregado |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Romen Dario Giraldo Jepera FECHA: 08-11-2019

CC. 70379186 - Murgo LUGAR: El Retiro

CARGO: Oficial

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas de cuero P | 41 | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | |
| Camisa | 40 | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | |
| Pantalon | 34 | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | |
| Guantes vaqueta | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | |
| Gafas | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | |
| Tapones auditivos | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | |
| Chaleco reflectivo | — | 1 | X | | 08-11-2019 | Romen Giraldo | No entregado |
| Casco de cuero | 9 | 1 | X | | 29-11-2019 | Romen Giraldo | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: James Chaverra Ortiz FECHA: 08-11-2019

CC. 1045 499 243 – Medellín LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas de caucho P. | 40 | 1 | X | | 08-11-2019 | James | |
| Camisa | XL | 1 | X | | 08-11-2019 | James | |
| Pantalon | 30 | 1 | X | | 08-11-2019 | James | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 08-11-2019 | James | |
| Guantes vaqueta | — | 1 | X | | 08-11-2019 | James | |
| Gorgueras claras | — | 1 | X | | 08-11-2019 | James | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 08-11-2019 | James | |
| Tapabocas mercurio | — | 1/ | X | | 08-11-2019 | James | |
| Overol en V | — | 1 | X | | 08-11-2019 | James | No entregado |
| Tapabocas desechable | — | 1 | | X | 26-11-2019 | James | |
| Guantes de cabra | — | 1 | X | | 24-11-2019 | James | |
| Guantes Nylonicos | — | 1 | | X | 24-11-2019 | James | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Ricardo Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Luis Miguel Martinez Rodriguez FECHA: 12-11-2019

CC. 1057654115 LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota cuero con P | 39 | 1 | X | | 12-11-2019 | Luis Miguel Martinez | |
| Camisa | M | 1 | X | | 12-11-2019 | Luis Miguel Martinez | |
| Pantalon | 30 | 1 | X | | 12-11-2019 | Luis Miguel Martinez | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | - | 1 | X | | 12-11-2019 | Luis Miguel Martinez | |
| Guantes de vaqueta | - | 1 | X | | 12-11-2019 | Luis Miguel Martinez | |
| Arnes | - | 1 | X | | 12-11-2019 | Luis Miguel Martinez | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOI DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA A PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Dorsy Buteron

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Jean Carlo Arrazola Viviana FECHA: 12-11-2019

CC. 1037674272 LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota de caucho con | 41 | 1 | X | | 12-11-2019 | Jhan | |
| Camisa | L | 1 | X | | 12-11-2019 | Jhan | |
| Pantalon | 32 | 1 | X | | 12-11-2019 | Jhan | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 12-11-2019 | Jhan | |
| Guante de vaqueta | — | 1 | X | | 12-11-2019 | Jhan | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 12-11-2019 | Jhan | |
| Gafa de seguridad | — | 1 | X | | 29-11-2019 | Jhan | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Danyboleot

FIRMA DE QUIEN ENTREGA Jean Carlo

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Jorge Andres Pulgarin Garcia FECHA: 13-11-2019

CC. 1040181793 LUGAR: El Retiro

CARGO: Aspirante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota caucho con P | 40 | 1 | X | | 13-11-2019 | Jorge Andres Pulgarin G. | |
| Camisa | L | 1 | X | | 13-11-2019 | Jorge Andres Pulgarin G. | |
| Pantalon | 34 | 1 | X | | 13-11-2019 | Jorge Andres Pulgarin G. | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gafas oscuras | — | 1 | X | | 13-11-2019 | Jorge Andres Pulgarin | |
| Guantes de vaqueta | — | 1 | X | | 13-11-2019 | Jorge Andres Pulgarin | |
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 13-11-2019 | Jorge Andres Pulgarin G. | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Ruby Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Raúl Manuel Perez

FECHA: 13-11-2019

CC. 78112437

CARGO: Encargado de Obra

LUGAR: El Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Camisa | XXL | 2 | X | | 13-11-2019 | | |
| Pantalon | 36 | 2 | X | | 13-11-2019 | | |
| Chaleco | L | 1 | X | | 14-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco blanco | — | 1 | X | | 13-11-2019 | | |
| Vaina para casco | — | 1 | X | | 13-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Danny Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

522

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No.<br>PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Bernardo Antonio Montoya Lopo FECHA: 13-11-2019

CC. 71587331 LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas de caucho | 40 | 1 | X | | 13-11-2019 | Bernardo Montoya | |
| Camisa | M | 1 | X | | 13-11-2019 | Bernardo Montoya | |
| Pantalon | 30 | 1 | X | | 13-11-2019 | Bernardo Montoya. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 13-11-2019 | Bernardo Montoya. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Daisy Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Leon Castro Castro FECHA: 14-11-2019

CC. 98587072 LUGAR: El Retiro

CARGO: Topografo

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chaleco Ingeniero | L | 1 | X | | 14-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco rojo | — | 1 | X | | 14-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Daisy Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

524

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Juan David Vargas Melo FECHA: 18-11-2019

CC. 1111800685

CARGO: Residente Forestal LUGAR: El Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chaleco | L | 1 | X | | 18-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Guantes de nitrilo | — | 1 | X | | 20-11-2019 | | |
| Guantes de nitrilo | — | 1 | X | | 20-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVÍAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Yeison Andres Acevedo Ocampo

CC. 1047970892

CARGO: Ayudante

FECHA: 20-11-2019

LUGAR: El Retiro

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota caucho con P | 39 | 1 | X | | 20-11-2019 | Yeison andres | |
| Camisa dotacion | M | 1 | X | | 20-11-2019 | Yeison andres | |
| Pantalon dotacion | 30 | 1 | X | | 20-11-2019 | Yeison andres | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | — | 1 | X | | 20-11-2019 | Yeison andres | |
| Guante vaqueta | — | 1 | X | | 20-11-2019 | Yeison andres | |
| Tapabocas desechable | — | 1 | X | | 20-11-2019 | Yeison andres | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Luis Carlos Buitrago T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVÍAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Sergio Andres Arango Arango

CC. 8060750

FECHA: 20-11-2019

LUGAR: El Retiro

CARGO: Operador CAT 336 SGO

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Guante Nitrilo | 9 | 1 | X | | 20-11-2019 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Daniel Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>**FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL** | **DOCUMENTO No. PAS-FO-35**<br>**Versión 1**<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Jesus Alberto Escalante D FECHA: 25-10/2019

CC. 1038385810 LUGAR: el Retiro

CARGO: Aux Topografia

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco Rojo. | — | 1 | X | | 25-10-2019 | Jesus E. | |
| Guantes Nitrilo | — | 1 | X | | 13-11-2019 | Jesus E. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD/ LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOF DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AI PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Omar David Florez FECHA: 25-10-2019

CC. 1.098.682.890 LUGAR: el Retiro.

CARGO: Topografo.

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco Rojo. | | 1 | X | | 25/10/2019 | | |
| Gafas Oscuras. | | 1 | X | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Dany Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Ivan Dario Calle Gil FECHA: 25-10-201

CC. 1.040.046.521 LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas caucho con punter | 41 | 1 | X | | 25-10-2019 | IVÁN calle | |
| Camisa | L | 1 | X | | 09-11-2019 | IVÁN calle | |
| Pantalon | 39 | 1 | X | | 09-11-2019 | IVÁN calle | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco Amarillo | - | 1 | X | | 25-10-2019 | IVÁN calle | |
| Monogafas | - | 1 | X | | 25-10-2019 | IVÁN calle | |
| Guantes Juagista | - | 1 | X | | 25-10-2019 | IVÁN calle | |
| Chaleco Reflectivo | - | 1 | X | | 25-10-2019 | IVÁN calle | |
| Tapa Bocas | - | 1 | X | | 25-10-2019 | IVÁN calle | |
| Tapa Auditivos | - | 1 | X | | 25-10-2019 | IVÁN calle | |
| Guantes de Vaqueta | - | 1 | | X | 20-11-2019 | IVÁN calle | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOI DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA A PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

530

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Miguel Angel Alvarez Marquez FECHA: 25.10/2019

CC. 79.585.171

LUGAR: El Retiro

CARGO: Ayudante

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Botas caucho | 42 | 1 | X | | 25-10/2019 | | |
| Camisa | L | 1 | X | | 09-11-2019 | | |
| Pantalon | 32 | 1 | X | | 09-11-2019 | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco Amarillo | - | 1 | X | | 25-10/2019 | | |
| Monogafas | - | 1 | X | | 25/10/2019 | | |
| Gafas de Vigilancia | - | 1 | X | | 25/10/2019 | | |
| Chaleco reflectivo | - | 1 | X | | 25-10/2019 | | |
| Tapa Bucal | - | 1 | X | | 25-10/2019 | | |
| Tapón auditivo | - | 1 | X | | 25-10/2019 | | |
| Overol reflectivo | - | 1 | X | | 20-11-2019 | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALO DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA A PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>**FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL** | **DOCUMENTO No. PAS-FO-35**<br>**Versión 1**<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Thony Alexander zapata ortas FECHA: 28-10/2019.

CC. 1020476970 LUGAR: el retiro.

CARGO: Operador vibro compactador.

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Monogafa Clara | | 1 | x | | 28-10/2019 | Thony Zapata. | |
| Tapa Bocas | | 1 | x | | 28-10/2019 | Thony Zapata. | |
| Tapon Auditivo Incora | | 1 | x | | 28-10/2019 | Thony Zapata. | |
| Guantes de cuero | | 1 | x | | 28-10/2019 | Thony Zapata. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALO DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA A PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

532

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Clarivel del socorro Pavas FECHA: 01 Noviembre

CC. 1.040.180.029. LUGAR: 01-11-2019

CARGO: Controladora Ind.

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota de cuero 39. | | 1 | X | | 01/11/2019 | | |
| Camisa | | 1 | X | | 19/11/2019 | | |
| Pantalon | | 1 | X | | 19-11-2019 | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco amarillo | - | 1 | X | | 01/11/2019 | | |
| Chaleco en J. | - | 1 | X | | 01+11+2019 | | |
| Guantes Vaqueta | - | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Gafas | - | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Tapa oidos | - | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Tapa Boca | - | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Conjunto impermeable | M | 1 | X | | 14-11-2019 | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TOD LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOI DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA A PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Dary Botero T

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010160

NOMBRE: OSCAR JULIAN ZAPATA

FECHA: El Retiro

CC. 1.037.682.933.

LUGAR: 01-11-2019.

CARGO: Aprendiz.

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bota caucho con puntera | 39 | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Camisa | M | 1 | X | | 09-11-2019 | | |
| Pantalon | 30 | 1 | X | | 09-11-2019 | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco Amarillo | | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Chaleco con V. | | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Guantes Vaqueta | | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Gafas | | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Tapa oidos | | 1 | X | | 01-11-2019 | | |
| Tapa Boca | | 1 | X | | 01-11-2019 | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

534

| | INGEVIAS S.A.S.<br>INGENIERIA Y VIAS S.A.S.<br>FORMATO PARA LA ENTREGA Y/O CAMBIO DE IMPLEMENTOS DE DOTACIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL | DOCUMENTO No. PAS-FO-35<br>Versión 1<br>20/10/2015 |
|---|---|---|

INGEVIAS

CONTRATO No. 4600010161

NOMBRE: Dany Alejandra Botero Tangarife FECHA: 02/11/2019

CC. 43689649 LUGAR: El Retiro

CARGO: Residente SST

**DOTACION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chaleco Ingenias | M | 1 | X | | 14-11-2019 | DanyBoterot | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROTECCION**

| ARTICULO | TALLA | CANT. | E | C | FECHA | FIRMA | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco blanco | — | 1 | X | | 02/11/2019 | DanyBoterot | |
| Chaleco reflectivo | — | 1 | X | | 02-11-2019 | DanyBoterot | Dev. 14-11-2019 |
| Guantes nagueter | — | 1 | X | | 02-11-2019 | DanyBoterot | |
| Para para casco | — | 1 | X | | 08-11-2019 | DanyBoterot | |
| Tapaoidos insercion | — | 1 | X | | 14-11-2019 | DanyBoterot | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(ESTOS IMPLEMENTOS SE ENTREGAN EN BUEN ESTADO Y SERÁN REEMPLAZADOS CUANDO SU ESTADO ASI LO AMERITE)

DECLARO RECIBIDA LA DOTACION ANOTADA Y ME COMPROMETO A DAR EL USO ADECUADO A ESTOS ELEMENTOS, DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL, AL IGUAL QUE AUTORIZO A INGEVIAS S.A.S. PARA QUE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES LEGALES EL VALOR DE ELLOS, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO POR SU MAL USO. IGUALMENTE ME COMPROMETO A DEVOLVERLA A LA EMPRESA AL PRODUCIRSE MI RETIRO.

FIRMA DE RESPONSABLE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DanyBoterot

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

CONSORCIO VIAL GS 2019
NIT: 901.323.142-2

# ANEXO 16

# INFORME MENSUAL DE GESTIÓN SST MES DE NOVIEMBRE DE 2019 DE INGEVÍAS S.A.S.

*Dirección Calle 32 EE Nº 76-131 Laureles Teléfono: 403-88-80 Ext. 201 Medellín Colombia*
*E-mail: gerencia@gedima.com.co*

# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## INFORME MENSUAL DE GESTIÓN SST

## MES DE NOVIEMBRE

**CONTRATO: N° 4600010161 DE 2019**

**ORGANISMO: SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA – DIRECCIÓN DE DESARROLLO FÍSICO**

**OBJETO: AMPLIACIÓN, RECTIFICACIÓN, PAVIMENTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS COMPLEMENTARIAS EN LA VÍA PURO CUERO – PUENTE CHAPINEROS MUNICIPIO DE EL RETIRO,SUBREGIÓN ORIENTE DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.**

**ELABORADO POR: DAISY ALEJANDRA BOTERO TANGARIFE**

**RESIDENTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**2019**

# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## INTRODUCCIÓN

La Seguridad y Salud en el Trabajo, debe ocupar un lugar importante en el desarrollo de todos los procesos en una empresa, encaminando sus logros a evitar la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales.

Cuando se generan entornos laborales seguros y saludables, el ambiente se torna más ameno para el personal y existe la posibilidad de aumentar la productividad, al tiempo que se da cumplimiento a la legislación vigente.

Realizando un acompañamiento constante desde el momento en que un colaborador ingresa a obra y durante el desarrollo de su labor, se pueden identificar los riesgos a los que están expuestos y las estrategias que se requieren implementar para evitar la materialización del mismo o la mitigación del impacto generado.

# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Realizar acompañamiento y verificación en obra, para dar cumplimiento a la normatividad del marco nacional e internacional referente al bienestar laboral, seguridad y salud en el trabajo y derecho laboral. Haciendo control y seguimiento oportuno a todo programa y sistema propuesto por INGEVIAS S.A.S, ARL y Ministerio de trabajo aplicables al proyecto.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Identificar y mitigar riesgos ocupacionales
-Educar a los trabajadores en temas referentes al SG-SST
-Asegurar la calidad de las actividades de higiene, seguridad, biomecánica y medicina del trabajo desarrolladas, con el propósito de garantizar el control de las condiciones de riesgo causantes de lesiones profesionales.
- Fomentar los Estilos de Vida Sana y Trabajo Saludable.

## ALCANCE

Las actividades ejecutadas serán diseñadas e implementadas de modo que se dé cobertura a las necesidades de seguridad y salud en el trabajo, de los empleados contratados directamente por INGEVIAS S.A.S. Así como para los trabajadores de subcontratistas; las medidas de seguridad, estarán encaminadas a mantener condiciones óptimas para todos los trabajadores, visitantes, proveedores y demás personas que puedan confluir en las instalaciones del proyecto, durante el período en que se ejecuten las labores citadas en el objeto del contrato.

# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## ACTIVIDADES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Durante el inicio de la obra, las actividades realizadas referentes a la Seguridad y Salud en el Trabajo son las siguientes:

1. **Control de personal en obra:** Del 1 al 25 de noviembre de 2019, se contó con 42 personas en obra, distribuidas por cargo de la siguiente manera:

| AREA | CARGO | TOTAL | INGEVIAS | CONTRATISTAS |
|---|---|---|---|---|
| AREA OPERATIVA | ENCARGADO | 2 | 1 | 1 |
| | AYUDANTE | 15 | 8 | 7 |
| | OFICIAL | 3 | 0 | 3 |
| | TOPOGRAFÍA | 3 | 0 | 3 |
| | OPERADORES/ CONDUCTORES | 6 | 3 | 3 |
| | CONTROLADORAS | 5 | 5 | 0 |
| TOTAL | | 34 | 17 | 17 |
| | | 100% | 50% | 50% |
| AREA ADMINISTRATIVA | DIRECTOR | 1 | 1 | 0 |
| | RESIDENTE CIVIL | 1 | 1 | 0 |
| | RESIDENTE AMBIENTAL | 1 | 1 | 0 |
| | RESIDENTE FORESTAL | 1 | 1 | 0 |
| | RESIDENTE SOCIAL | 1 | 1 | 0 |
| | RESIDENTE SST | 1 | 1 | 0 |
| | ALMACENISTA | 1 | 1 | 0 |
| | ADMINISTRADOR | 1 | 1 | 0 |
| TOTAL | | 8 | 8 | 0 |
| | | 100% | 100% | 0% |
| TOTAL PERSONAL | | **42** | 25 | 17 |
| % | | 100% | 60% | 40% |

# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

2. **Proceso de Ingreso e Inducción del Personal:** Antes de ingresar el personal a obra se verifican la vigencia de sus respectivas afiliaciones, se revisa el concepto de aptitud laboral emitida por un médico especialista en Salud ocupacional; con el objetivo de identificar si se emitió alguna recomendación o restricción laboral al trabajador que ingresará. Luego se procede a realizarle la inducción y su respectiva evaluación. A continuación, se relaciona el personal que ingresó y el que se retiró durante el período:

| | NOMBRE | CARGO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JUAN FERNANDO OROZCO GIRALDO | DIRECTOR DE OBRA | 16/09/2019 | |
| 2 | DIANA PATRICIA AVELLA VILLAMIZAR | INGENIERA RESIDENTE | 16/09/2019 | |
| 3 | MARIA ISABEL MADRIGAL QUIROZ | RESIDENTE AMBIENTAL | 16/10/2019 | |
| 4 | MARTHA LUZ RESTREPO RESTREPO | RESIDENTE SOCIAL | 16/10/2019 | |
| 5 | JUAN DAVID VARGAS MELO | RESIDENTE FORESTAL | 17/09/2019 | |
| 6 | DAISY ALEJANDRA BOTERO TANGARIFE | RESIDENTE SST | 1/11/2019 | |
| 7 | CESAR AUGUSTO CARREÑO VANEGAS | ADMINISTRADOR DE OBRA | 30/09/2019 | |
| 8 | LUIS CARLOS JIMENEZ | ALMACENISTA | 23/09/2019 | |
| 9 | RAILI MANUEL PEREZ | ENCARGADO DE OBRA | 13/11/2019 | |
| 10 | IVAN DARIO CALLE GIL | AYUDANTE | 25/10/2019 | |
| 11 | MIGUEL ANGEL ALVAREZ MARQUEZ | AYUDANTE | 25/10/2019 | |
| 12 | OSCAR JULIAN ZAPATA JARAMILLO | AYUDANTE | 1/11/2019 | |
| 13 | ALEJANDRO ORREGO GOMEZ | AYUDANTE | 6/11/2019 | |
| 14 | YEINER EDUARDO AGUIRRE HERNANDEZ | AYUDANTE | 7/11/2019 | |
| 15 | LUIS MIGUEL MARTINEZ RODRIGUEZ | AYUDANTE | 12/11/2019 | |
| 16 | CLARIVEL DEL SOCORRO PAVAS BOTERO | CONTROLADORA VIAL | 1/11/2019 | |
| 17 | STELLA MARIA TORRES | CONTROLADORA VIAL | 28/10/2019 | |
| 18 | LIDIA YAMILET VARGAS | CONTROLADORA VIAL | 6/11/2019 | |
| 19 | ZULAY ANHANA BOTERO TANGARIFE | CONTROLADORA VIAL | 20/11/2019 | |
| 20 | GLORIA BIBIANA MARIN | CONTROLADORA VIAL | 21/11/2019 | |
| 21 | OMAR DAVID FLOREZ ROJAS | TOPOGRAFO | 25/10/2019 | 12/11/2019 |
| 22 | LEON ADRIAN CASTRO CASTRO | TOPOGRAFO | 13/11/2019 | |
| 23 | JESUS ALBERTO ESCALANTE DURANGO | CADENERO | 25/10/2019 | |
| 24 | ALCONIDES RODRIGUEZ | OP BOBCAT | 1/11/2019 | |
| 25 | ROBINSON TORRES | OP EXCAVADORA 312BL | 1/11/2019 | |
| 26 | SERGIO ANDRES DURANGO NAUFFAL | OP CASE | 1/11/2019 | |
| 27 | JOHNNY ALEXANDER ZAPATA ORLAS | OP VIBROCOMPACTADOR | 28/10/2019 | |
| 28 | LUIS HERNNADO OSORIO SIERRA | OP CORTADORA | 8/11/2019 | |
| 29 | YOBAN ALBERTO FLOREZ VELEZ | CONDUCTOR TDZ 076 | 14/11/2019 | |
| 30 | YEISON ANDRES ACEVEDO OCAMPO | AYUDANTE | 20/11/2019 | |
| 31 | ALEJANDRO OROZCO | AYUDANTE | 21/11/2019 | |
| 32 | LUIS FELIPE DIAZ BOHORQUEZ | ENCARGADO | 8/11/2019 | |
| 33 | ROMAN DARIO GIRALDO LOPERA | OFICIAL | 8/11/2019 | |
| 34 | MIGUEL ANGEL PEREZ MUÑOZ | OFICIAL | 8/11/2019 | 23/11/2019 |

# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 35 | JOSE LUIS CARDENAS CARDENAS | OFICIAL | 25/11/2019 | |
| 36 | JAMES CHAVERRA ORTIZ | AYUDANTE | 8/11/2019 | |
| 37 | BERNARDO ANTONIO ONTOYA ROJO | AYUDANTE | 13/11/2019 | |
| 38 | YHAN CARLOS ARRAZOLA | AYUDANTE | 12/11/2019 | |
| 39 | JORGE ANDRES PULGARIÍN GARCÍA | AYUDANTE | 14/11/2019 | 23/11/2019 |
| 40 | FEDERICO BUITRAGO ECHEVERRI | AYUDANTE | 25/11/2019 | |
| 41 | JOHN FREDY RODAS ECHEVERRI | AYUDANTE | 25/11/2019 | |
| 42 | LUIS EDUARDO SANCHEZ GARCIA | AYUDANTE | 25/11/2019 | |

3. **Control de Vehículos y Maquinaria:** Se verificó la respectiva documentación de las volquetas que transportan material para la obra y de la maquinaria que se encuentra en la misma; como revisión técnico mecánica, SOAT, manifiesto de importación, licencia de conducción y seguridad social vigente de conductores y operadores.

4. **Inspecciones:** A diario se realizan inspecciones pre - operacionales a la maquinaria en obra y adicional se realizaron las siguientes:

| TIPO DE INSPECCIÓN | FECHA |
|---|---|
| INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | 12/11/2019 |
| INSPECCIÓN DE EXTINTORES | 21/11/2019 |
| INSPECCIÓN DE BOTIQUÍN | 21/11/2019 |

5. **Entrega de dotación y elementos de protección personal:** Al personal en obra, se le entregan los elementos de protección de acuerdo a la matriz de EPP establecida en el SG-SST de INGEVIAS S.A.S y se realiza reposición de los mismos cuando se requiere.

6. **Reporte de Accidentes:** Durante el mes no se presentaron accidentes graves, ni mortales.

| FECHA | TAREA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE | DÍAS INC. | PARTE DEL CUERPO AFECTADA |
|---|---|---|---|
| | | | |

7. **Capacitaciones y charlas pre turno:** Durante el mes de noviembre se impartieron las siguientes charlas y capacitaciones al personal:

| TEMA O ACTIVIDAD | FECHA | # DE ASISTENTES |
|---|---|---|
| Políticas del SGI INGEVÍAS S.A.S | 02/11/2019 | 7 |
| Riesgo Tránsito | 05/11/2019 | 8 |
| Valores de la empresa – Trabajo en equipo | 13/11/2019 | 14 |

# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN OBRA

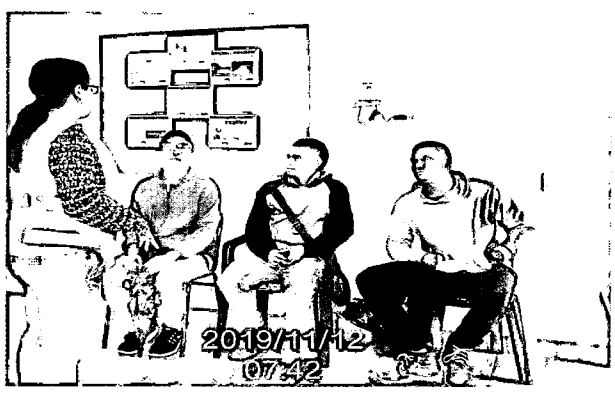
**INDUCCIÓN AL PERSONAL**

















# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL





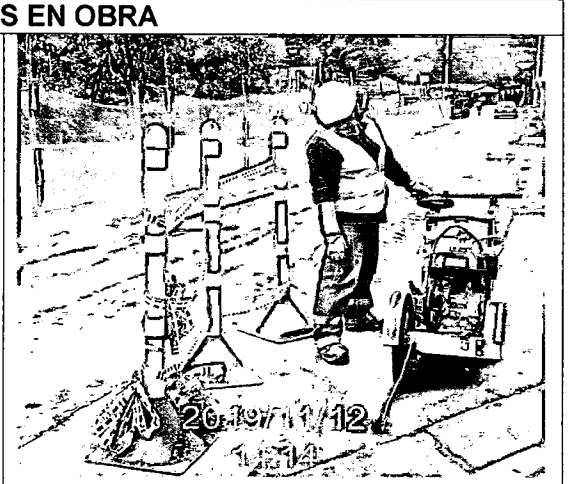




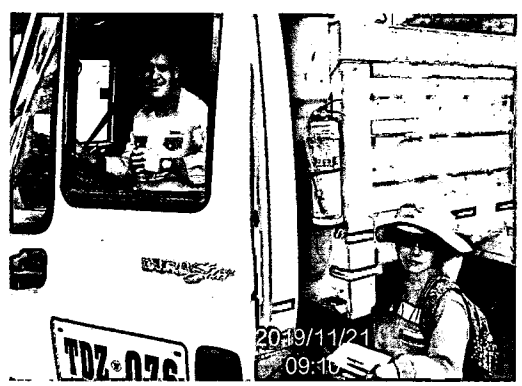


## INSPECCIONES EN OBRA





# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## CAPACITACIONES,CHARLAS PRETURNO Y CALISTENIA



















# INFORME MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## CONTROL DE TRÁFICO Y SEÑALIZACIÓN EN OBRA

