

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INFORME DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION. 1
		PAG. 1 DE 1

8.22. BAÑOS RESOLUCIÓN 2400 DE 1979.

El contratista dispondrá de baños **(en construcción)** en los diferentes frentes de obra tal como lo establece la **Resolución 2400 del 1979**, garantizando así, que el personal realice sus necesidades fisiológicas, durante la jornada laboral. **(Ver anexo. Registro fotográfico general).**

8.23. COMITÉ PARITARIO O VIGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El contratista de acuerdo con el número de personal vinculado a la razón social principal; realizará conformación o asignación del comité paritario o vigía en SST; tal como lo establece la **Resolución 2013. De acuerdo al cronograma de actividades.**

8.24. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.

El contratista realizará de acuerdo al cronograma de actividades y numero de persona, la conformación del comité de convivencia laboral; tal como lo establece la resolución 652 de 2012. Cuya finalidad es contribuir a proteger a los trabajadores contra los riesgos psicosociales que puedan afectar su salud, como es el caso del estrés ocupacional y el acoso laboral.

8.25. BRIGADAS DE ASEO.

Se realizan inspecciones y controles de orden y aseo bajo la metodología 5s, con el fin de mantener el frente de obra limpio para evitar la aparición de virus y bacterias por acumulación de residuos, y orden para disminuir para probabilidad de un accidente laboral por golpe contra objetos o caídas al mismo nivel. **(Ver anexo 19, Inspección de orden y aseo).**

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INFORME DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION. 1
		PAG. 1 DE 1

9. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE TODAS LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Se presenta evidencias fotográficas de todas las actividades contempladas en el de gestión SST. Dichos registros fotográfico evidencias actividades tales como: entrega de epp y dotación, señalización en los frentes de obra, capacitaciones de sst, manejo de sustancias químicas, uso de epp, elementos de emergencias, políticas y reglamento publicados, manejo de residuos, jornadas de orden y aseo, punto de hidratación, kit antiderrame, , baños en obra, ETC. **(Ver anexo 20. Registro fotográfico generales).**

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INFORME DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION. 1
		PAG. 1 DE 1

10. CONCLUSIONES

Del anterior informe presentado podemos concluir que:

- Se garantiza la afiliación de todos los trabajadores al Sistema de Seguridad Social en Colombia.
- Se realiza revisión de personal afiliado,
- Se lleva control de ausentismo por enfermedad común o accidente de trabajo.
- Se establece cronograma de inspecciones planeadas
- Se establece seguimiento del cronograma de capacitaciones
- Se lleva los indicadores de accidentalidad y ausentismo de acuerdo al numero de personal por mes.
- Se cuenta con responsable del diseño e implementación del SGSST

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INFORME DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION. 1
		PAG. 1 DE 1

11. ANEXOS

Anexo 1, Inspección de trabajo seguro

Anexo 2, Control de personal (radicados de afiliaciones, listado de personal directo, control de asistencias)

Anexo 3, Pago de seguridad social y certificado de paz y salvo emitido por el representante legal

Anexo 4. Plan de trabajo P vs E

Anexo 5, Inducción de personal que ingreso en el periodo

Anexo 6, Notificación de riesgo personal que ingreso en el periodo

Anexo 7, Capacitaciones SST

Anexo 8, Concepto medico de las evaluaciones medicas de ingreso, licencia de salud ocupacional de la IPS y médico ocupacional, certificado de habilitación)

Anexo 9, Encuesta y tabulación Perfil sociodemográfico

Anexo 10. Cuestionario de morbilidad

Anexo 11, Reporte e investigación de AT, lecciones aprendidas y ausentismo laboral

Anexo 12, Cálculo de indicadores de accidentalidad directos y subcontratados

Anexo 13, Acta entrega de epp y dotación

Anexo 14 – Registros de Inspecciones de seguridad y cronograma de inspecciones

Anexo 15, Inspección – listado de sustancias químicas

Anexo 16, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos.

Anexo 17, Documento maquina y vehículo

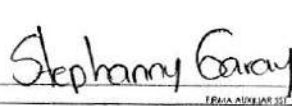
Anexo 18, Inventario de señalización

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INFORME DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	VERSION. 1
		PAG. 1 DE 1

Anexo 19, Inspección de orden y aseo

Anexo 20. Registro fotográfico generales

Anexo 1, Inspección de trabajo seguro

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES																		12/08/11 007 / 07	
EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD EN LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS DÍA A DÍA EN EL PROYECTO																					
PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE																					
PERIODO		Julio																			
SEMANA COMPRENDIDA:		FECHA INICIAL 22/07/2024									FECHA FINAL 27/07/2024										
Mando de equipos, herramientas y materiales en obra																					
	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.			
28	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
29	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
30	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
31	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
32	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
33	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Higiene Postural y Manejo de Cargas																					
	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.			
34	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
35	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
36	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
37	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
38	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
39	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Sobre la Prevención de Golpes, Caídas, Cargas y Descargas																					
	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.			
40	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
41	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
42	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
43	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
44	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Sobre la Prevención de Incendios																					
	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.			
45	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
46	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
47	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
48	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
Conclusión de Inspección: ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?																					
	SI	✓		NO			AUTOREA - RESIDUO CIVIL - INSPECCIÓN SST														
DÍA DE LA SEMANA																					
HALLAZGOS																					
LUNES																					
MARTES																					
MIÉRCOLES																					
JUEVES																					
VIERNES																					
SÁBADO																					
DOMINGO																					
ACCIONES CORRECTIVAS																					
RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN																					
																					
PRIMA COORDINADOR SST										TERCIA AUXILIAR SST											



CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES**SECTION 9**

863-P-299

EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD EN LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS DIA A DIA EN EL PROYECTO

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

PERIODO

Julio

SEMANA COMPROMETIDA :

FECHA INICIAL	15/07/2024
---------------	------------

FECHA FINAL 20/07/2024.

Manejo de equipos, herramientas y materiales en obra			SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
28.	Las herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓				✓			✓			✓		
29.	Las herramientas se revisan regularmente para verificar su estado?	✓			✓				✓			✓			✓		
30.	Las herramientas se almacenan ordenadamente después de su uso?	✓			✓				✓			✓			✓		
31.	Los trabajadores usan las herramientas apropiada de acuerdo a la labor?	✓			✓				✓			✓			✓		
32.	Los trabajadores se encuentran en la zona segura?	✓			✓				✓			✓			✓		
33.	Se le capacita al personal sobre el correcto uso de las herramientas?	✓			✓				✓			✓			✓		
Higiene Postural y Manejo de Cargas			SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
34.	Antes de levantar una carga el trabajador conoce el peso de ella y tiene conciencia al peso para levantarla?	✓			✓				✓			✓			✓		
35.	Las cargas se levantan correctamente doblando las piernas y no el tronco?	✓			✓				✓			✓			✓		
36.	Al levantar y transportar las cargas el trabajador usa ayudas mecánicas	✓			✓				✓			✓			✓		
37.	Las cargas que sobrepasan la capacidad individual de la persona (25 kg desde el suelo, 50 kg desde el plano de trabajo) son levantadas y transportadas entre dos personas?	✓			✓				✓			✓			✓		
38.	Antes de levantar las cargas se verifica el camino por el cual van a ser transportadas?	✓			✓				✓			✓			✓		
39.	Los trabajadores verifican la forma de los objetos para el ser levantados y se haga de la forma mas correcta?	✓			✓				✓			✓			✓		
Sobre la Prevención de Golpes, Caídas, choque y descargas			SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
40.	Los cables están libres de obstáculos que puedan ocasionar caídas y de materiales que obstruyan el paso?	✓			✓				✓			✓			✓		
41.	El personal evita correr aunque esté apurado?	✓			✓				✓			✓			✓		
42.	Las personas toman precaución al transitar por pisos desiguales y alambos desiguales?	✓			✓				✓			✓			✓		
43.	Se cuenta con planta ecológica y se encuentra fuera de las zonas de paso?	✓			✓				✓			✓			✓		
44.	Los rielos de servicio, cables se identifican en operaciones de carga y descargas de material?																
Sobre la Prevención de Incendios			SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
45.	El área de trabajo cuenta con equipo apropiado contra incendios?		✓		✓				✓			✓			✓		
46.	Los Extintores no se encuentran obstruidos?	✓			✓				✓			✓			✓		
47.	Los salidas y pasillos se encuentran despejados?	✓			✓				✓			✓			✓		
48.	Los números telefónicos de emergencia se encuentran en un lugar visible?	✓			✓				✓			✓			✓		
Conclusión de Inspección: Se cuenta o no con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?			SI	✓	NO				AUTOREA - RESIDENTE CIVIL - INSPECTOR SIT								

DIA DE LA SEMANA

HALLAZGOS

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

SÁBADO

DOMINGO

ACCIONES CORRECTIVAS

RESPONSABLES DE LA INSPECCION

ENTRATA COORDINATA DEI SIST.

ERLA AIRWAYS

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES												12/05/11		03/7/97				
EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD EN LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS DÍA A DÍA EN EL PROYECTO																				
PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVENAS, SUCRE																				
PERIODO		Julio.																		
SEMANA COMPRENDIDA:		FECHA INICIAL 09/07/2024.												FECHA FINAL 13/07/2024.						
INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA		DESCRIPCION		DESCRIPCION		DESCRIPCION		DESCRIPCION		DESCRIPCION		DESCRIPCION		DESCRIPCION		NOMBRES SEMANA INSPECTORADA				
		Excavación Topografía.		Excavaciones Topografía.		Excavaciones. Topografía. Trazado de Zapata.		Excavación Mecánica Localización y replanteo Batería de Baños		Excavación Mecánica. Localización y Replanteo Batería de Baños.		Excavación Mecánica Localización y replanteo.								
DIAS DE LA SEMANA		LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			OBSERVACIONES
ASPECTO GENERALES		SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
1. Los trabajadores disponen de dotación y EPP requeridos para las actividades que realizan?					✓			✓			✓			✓			✓			
2. La dotación y EPP se encuentran en buen estado?					✓			✓			✓			✓			✓			
3. Los trabajadores, hacen uso de los elementos de protección suministrados?					✓			✓			✓			✓			✓			
4. El personal se encuentra afiliado al SGSS (ARL, EPS y AFP)					✓			✓			✓			✓			✓			
5. Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentran expuestos durante la ejecución de las actividades?					✓			✓			✓			✓			✓			
6. Se conoce si algún trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva?					✓			✓			✓			✓			✓			
7. Se implementan programas de seguridad, orden y aseo en los frentes de obra?					✓			✓			✓			✓			✓			
8. El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor?					✓			✓			✓			✓			✓			
9. Se revisa los planos de redes de servicios públicos, se realiza opiques para su ubicación?						✓		✓			✓			✓			✓			
10. Todos los trabajadores cuentan con las evaluaciones médicas de ingreso?					✓			✓			✓			✓			✓			
11. Los baños se encuentran en buen estado, ubicados a un nivel diferente del piso, limpios y dotados?					✓			✓			✓			✓			✓			
12. Los baños están correctamente ubicados y se encuentran limpios y en buen estado?					✓			✓			✓			✓			✓			
13. Se ha establecido sistemas de control de tráfico para evitar accidentes a trabajadores y peatones?					✓			✓			✓			✓			✓			
14. Se cuenta con ayudante de máquina en los frentes de obra?					✓			✓			✓			✓			✓			
15. Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones a el personal sobre seguridad y gestión ambiental?					✓			✓			✓			✓			✓			
16. Los baños, y comedor se encuentran limpios y siguen con las normas de seguridad y gestión ambiental?					✓			✓			✓			✓			✓			
Sensibilización de seguridad y ambiental en obra		SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
18. La obra cuenta con la señalización correspondiente según el tipo de actividades que se desarrollan?					✓			✓			✓			✓			✓			
19. Se cuenta con personal para dirigir el tráfico en la zona, portando paños de color rojo (PAR) y verde (VIR)?						✓			✓			✓			✓			✓		
20. La cantidad de señalización es suficiente de acuerdo a las actividades se encuentran en buen estado?					✓			✓			✓			✓			✓			
21. Se cuenta con la documentación de la maquinaria?					✓			✓			✓			✓			✓			
22. Se encuentran delimitados y señalizados las rutas para peatones?					✓			✓			✓			✓			✓			
23. Existen adecuadas caminos de acceso, pasarelas, para que los obreros puedan circular sin problema en la obra?						✓			✓			✓			✓			✓		
24. Los escombros se encuentran señalizados, cubiertos y hay avisos apropiados para desconectarlos?					✓			✓			✓			✓			✓			
25. El perímetro de la obra se encuentra bien demarcado y señalizado?					✓			✓			✓			✓			✓			
26. Los materiales que se utilizan en obra se encuentran demarcados y señalizados?					✓			✓			✓			✓			✓			
27. Se manejan volantes informativos, folletos y/o información a la Comunidad?					✓			✓			✓			✓			✓			

Campes en construcción



CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

1020041

017-F-07

EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD EN LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS DÍA A DÍA EN EL PROYECTO

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

PERIODO

Julio

SEMANA COMPRENDIDA:

FECHA INICIAL 09/07/24.

FECHA FINAL 13/08/24

Manejo de equipo, herramientas y materiales en obra		SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
28	Los herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?				✓			✓			✓			✓			✓		
29	Los herramientas se revisan regularmente para verificar su estado?				✓			✓			✓			✓			✓		
30	Los herramientas se almacenan organizadamente después de su uso?				✓			✓			✓			✓			✓		
31	Los trabajadores usan las herramientas apropiada de acuerdo a la labor?				✓			✓			✓			✓			✓		
32	Los herramientas se encuentran en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓		
33	Se le capacita al personal sobre el correcto uso de las herramientas?				✓			✓			✓			✓			✓		
Higiene Postural y Manejo de Cargas		SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
34	Antes de levantar una carga el trabajador conoce el peso de esta y frena pensando el peso para levantar?				✓			✓			✓			✓			✓		
35	Las cargas se levanta correctamente doblando las piernas y no el tronco?				✓			✓			✓			✓			✓		
36	Al levantar y transportar las cargas el trabajador usa ayudas mecánicas				✓			✓			✓			✓			✓		
37	Las cargas que sobrepasan la capacidad individual de la persona (25 kg desde el suelo, 50 kg desde el plano de trabajo) son levantadas y transportadas entre dos personas?				✓			✓			✓			✓			✓		
38	Antes de levantar las cargas se verifica el camino por el cual van ha ser transportadas?				✓			✓			✓			✓			✓		
39	Los trabajadores verifican la forma de los objetos para al ser levantados se haga de la forma mas correcta?				✓			✓			✓			✓			✓		
Sobre la Prevención de Golpes, Caidas, carga y descargue		SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
40	Los pasillos están libres de objetos que puedan ocasionar caídas y de materiales que obstruyan el paso?				✓			✓			✓			✓			✓		
41	El personal evita correr cuando está operando?				✓			✓			✓			✓			✓		
42	Las personas toman precaución al transitar por áreas desiguales y alfombras despegadas?				✓			✓			✓			✓			✓		
43	Se cuenta con punto de escape y se encuentra fuera de los medios de paso?				✓			✓			✓			✓			✓		
44	Las redes de servicio cuando se identifican en representación de riesgo y descargue de material?				✓			✓			✓			✓			✓		
Sobre la Prevención de Incendios		SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
45	El área de trabajo cuenta con equipo apropiado contra incendios?				✓			✓			✓			✓			✓		
46	Los Extintores no se encuentran obstruidos?				✓			✓			✓			✓			✓		
47	Las salidas y pasillos se encuentran despejados?				✓			✓			✓			✓			✓		
48	Los números telefónicos de emergencia se encuentran en un lugar visible?				✓			✓			✓			✓			✓		
Condición de Inspección: ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?		SI	✓	NO															

AUTOREA: RESIDENTE CIVIL - INSPECTOR SST

DÍA DE LA SEMANA

HALLAZGOS

LUNES

MARTES

MIÉRCOLES

JUEVES

VIERNES

SÁBADO

DOMINGO

ACCIONES CORRECTIVAS

RESPONSABLES DE LA INSPECCIÓN

FECHA: 09/07/2024

FECHA: 13/08/2024

Stephanny Gray

**Anexo 2, Control de personal
(radicados de afiliaciones, listado de
personal directo, control de
asistencias)**

2.1 Radicado de afiliación directos en el mes

Medellín, 30 de July de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

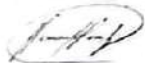
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha Inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 COVENAS				Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1140898636	PUERTA DIAZ LUIS DANIEL	31/07/2024		12820923	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/07/2024 11:23:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.188.47, 192.230.104.6, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS DANIEL PUERTA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.140.898.636**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 30 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - NIT 800.144.331-3

Filial de **Grupo AVAL**

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

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva
eps

gente cuidando gente
NIT 900 156 264-2

CODIGO ASESOR
Y/O PROMOTOR

C2292

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS											
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
PUERTA			DIAZ			LUIS			DANIEL		
2. TIPO DOCUMENTO				3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD				4. SEXO		5. FECHA NACIMIENTO	
X				1. 1.40.898.636				X		09 10 1997	

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

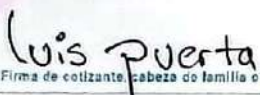
II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		CAJA DE COMPENSACIÓN		TELÉFONO	
SINCELEJO		SUCRE		COMFASUCRE		7919612	
TELÉFONO MÓVIL (1)		TELÉFONO MÓVIL (2)		CORREO ELECTRÓNICO		CÓDIGO IPS IPS ODONTOLÓGICA	
3015687073				luisdaniel_1009@hotmail.com		7061 7061	

III. 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

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			35. Tipo documento de identidad		37. Número documento de identidad		39. Tipo de aportante o pagador de pensiones		
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE			X		901811441-3		DEPENDIENTE		
4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		SECTOR DEL APORTANTE	
CALLE 42 N° 7-40 LOCAL 1				MONTERIA		CORDOBA			
TELÉFONO FIJO - EXT.		TELÉFONO MÓVIL (1)		TELÉFONO MÓVIL (2)		CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA	
7919612		3114263116				consorciocmohospital@gmail.com		DEPENDIENTE	
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO U OCUPACIÓN		SALARIO			
31 07 2024				INGENIERO RESIDENTE		1.300.000			

IV. FIRMAS

 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario		 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio	
---	--	--	--

2.2 Radicado de afiliación subcontratado mano de obra

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.838.196**

RAMOS PEREZ

APellidos

JULIAN DAVID

NOMBRES

Julian Ramos

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1982**
SINCELEJO
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

O+

M

ESTATURA

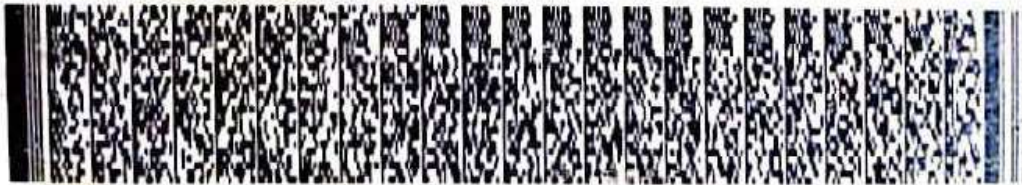
G.S. RH

SEXO

26-MAR-2001 COROZAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1302200-01081579-M-0003838196-20190708

0066079704A 1

7515476008

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JULIAN DAVID RAMOS PEREZ, identificado(a) con C.C No. 3.838.196, 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 05 de julio del 2024.

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

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



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

Medellín, 07 de July de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

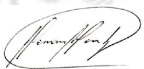
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C3838196	RAMOS PEREZ JULIAN DAVID	08/07/2024		31143161	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/07/2024 21:16:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.153.59, 192.230.104.7, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JULIAN DAVID RAMOS PEREZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **3838196** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado: **Activo**

IPS de atención: **ESE VIDA SINU**

Categoría: **A**

Fecha afiliación: **07/07/2024**

Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 07 de julio del 2024. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

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

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.067.863.405

NUMERO

LOZANO JIMENEZ

APELLIDOS

JORGE LUIS

NOMBRES

Jorge Luis Lozano



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1984**
MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

ESTATURA

A+

G S RH

M

SEXO

12-SEP-2006 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR
 JUAN CARLOS DA SILVA



P-1300109-43157532-44-1067863405-20070301

05641070590 02 721099955



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE LUIS LOZANO JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.863.405**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 07 de July de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

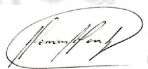
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1067863405	LOZANO JIMENEZ JORGE LUIS	08/07/2024		21314912	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/07/2024 21:17:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.153.59, 192.230.104.7, 172.16.42.57



No de Radicacion

4012771725

Fecha de Radicación

01/07/2014

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
LOZANO Primer apellido		CC		JIMENEZ Segundo apellido		1067863405		JORGE Primer nombre	
						Femenino ☐ Masculino ☒		LUIS Segundo nombre	
								11/07/1984	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
5		Tipo FINH Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				PORVENIR FPC		1300000	
18. Residencia							
MZ 30 LT 4 BRR COLINA REAL Dirección				3003294192			
MONTERIA Municipio/Distrito				JORGELOZANOJIMENEZ@YAHOO.ES Correo electrónico			
zona Urbana ☒ Rural ☐				57 Localidad / comuna			
				CORDOBA Departamento			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
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	
B1		B2	
B3		B4	
B5			
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo F N M		T P	
B1		B2		B3		B4	
B5							
32. Datos de residencia							
Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
		Urbana Rural					
B1		B2		B3		B4	
B5							
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU		VSSINUCENT - VSUODPERLA	
B		-	
B		-	
B		-	

V. DATOS DE 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 identificación		37. Número de documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSTRUCTORA GANEM SAS		NIT		901643165		01	
39. Ubicación		3243788074 Teléfono		JGANEMHERRERA@GMAIL.COM Correo electrónico		MONTERIA Municipio/distrito	
MZ F L 20 BRR CAMPIÑA Dirección						CORDOBA Departamento	

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 inscripción 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad 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 8 0 7 2 0 2 4		
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código:		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 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 unión 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 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
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, así como la veracidad de las demás informaciones registradas.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido

Segundo apellido (o de casada)

Primer nombre

Segundo nombre

LOZANO

JIMENEZ

JORGE

LUIS

No de identificación

Tipo de documento

Fecha de nacimiento

Sexo

Fecha diligenciamiento

1067863405

RC TI ☒ CE PA

1984 07 18

☒ F

2024 08 07

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ Físico ☐

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

“Yo: JORGE LUIS LOZANO JIMENEZ identificado con el documento de identidad: 1067863405 No. 1067863405, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico JORGELOZANOJIMENEZ@YAHOO.ES la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):Nombres y Apellidos: JORGE LUIS LOZANO JIMENEZNúmero de identificación: 1067863405

Fecha de diligenciamiento

2024 08 07

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: No. _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien
no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoría o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: www.saludtotal.com.co, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-223
protecciondatos@saludtotal.com.co, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____ 1067863405

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser *total*

SaludTotal
EPS

M-PYGA-F097 V 2.0 2021



FECHA DE NACIMIENTO

27-AGO-1995**CERETE
(CORDOBA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

13-SEP-2013 CERETE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1301000-00483353-M-1064980247-20131002

0035241035A 1

39864600

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.064.980.247**

SUAREZ PADILLA

APELLIDOS

FERNANDO ANTONIO

NOMBRES

Fernando Suarez

FIRMA





NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 08/07/2024, el empleador CONSTRUCTORA GANEM S.A.S identificado con NIT número 901643165 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7365257	08/07/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1064980247	FERNANDOANTONIO SUAREZ PADILLA	1300000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2024-07-08

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 8 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 07 de July de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

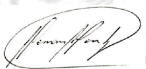
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1064980247	SUAREZ PADILLA FERNANDO ANTONIO	08/07/2024		28135130	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,


Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/07/2024 21:19:44 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.153.59, 192.230.104.7, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SUAREZ PADILLA FERNANDO ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **1.064.980.247** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de enero 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 julio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024070721242

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.067.959.509**

GANEM HERRERA

APELLIDOS

JESUS ALBERTO

NOMBRES

Jesús Ganem

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

16-ABR-1998**MONTERIA**
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78**O+****M**

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

21-ABR-2016 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1300100-00824542-M-1067959509-20160511

0049711386A 1

45360132



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JESUS ALBERTO GANEM HERRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.959.509**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 07 de July de 2024

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 CONSTRUCTORA GANEM S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1067959509	GANEM HERRERA JESUS ALBERTO	08/07/2024		91471801	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/07/2024 21:21:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.153.59, 192.230.104.7, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.245.223
JARABA SUAREZ

APELLIDOS
ALBERTO ENRIQUE

CONJUNTO

Alberto Jaraba



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1998

COVENAS
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

13-DIC-2016 COVENAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALGADO VALEA



P-2804100-00878548-M-1007245223-20170120

0053202384A 1

47073322



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 10/07/2024, el empleador CONSTRUCTORA GANEM S.A.S identificado con NIT número 901643165 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7377729	10/07/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007245223	ALBERTOENRIQUE JARABA SUAREZ	1300000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS	2024-07-10

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALBERTO ENRIQUE JARABA SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.245.223**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 09 de Julio de 2024

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 CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007245223	JARABA SUAREZ ALBERTO ENRIQUE	10/07/2024		222r9334	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872419163618

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/07/2024 17:40:18.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.153.59, 192.230.104.7, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

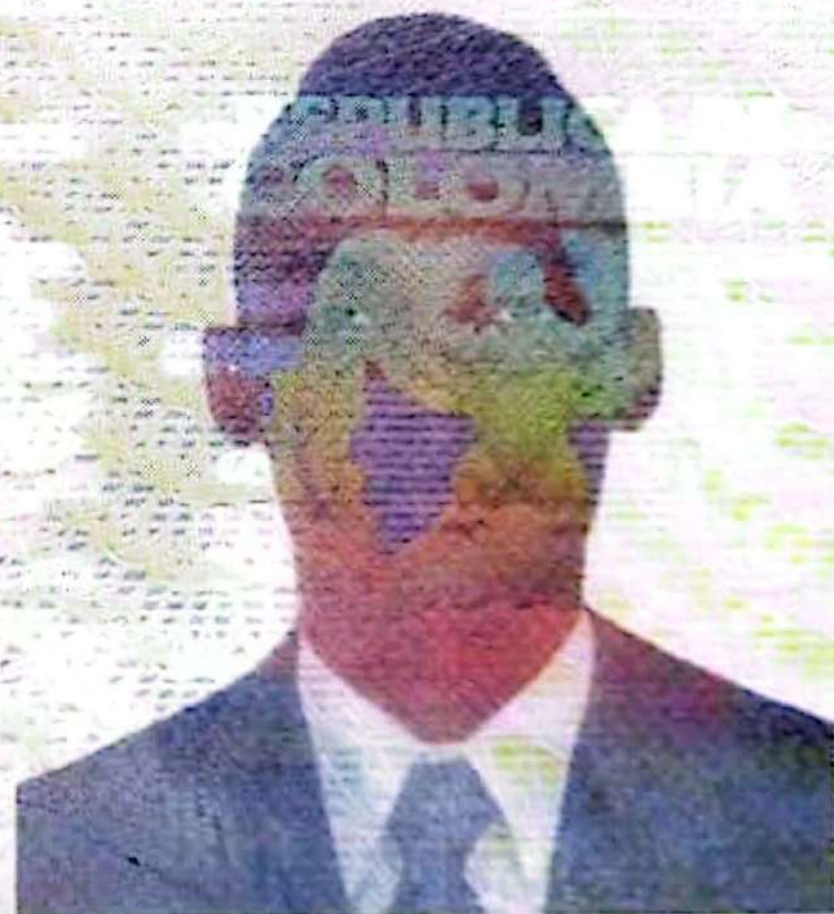
NÚMERO **1.003.655.506**

BRAVO GOMEZ
APELLIDOS

JUAN FERNANDO
NOMBRES

Juan Fernando

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

22-AGO-1999

**SAN ANTERO
(CORDOBA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTATURA

A+

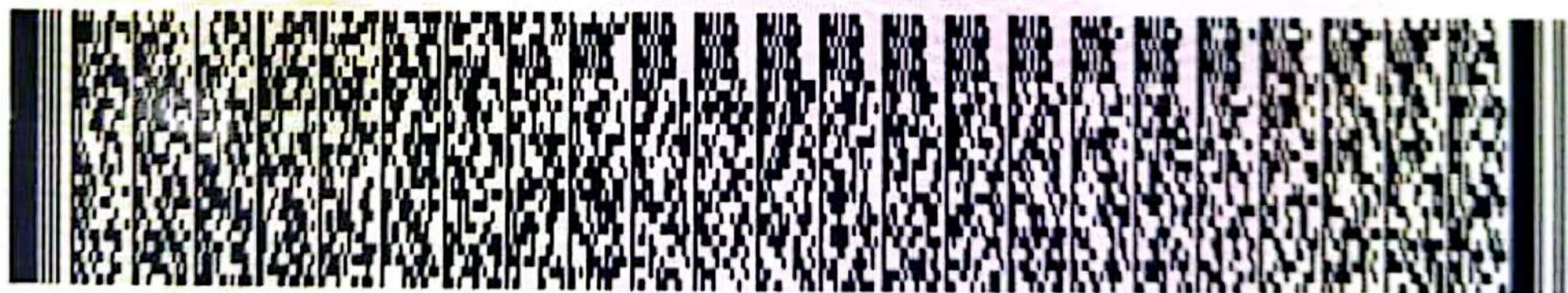
G.S. RH

M

SEXO

05-DIC-2017 COVEÑAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2804100-01183215-M-1003655506-20201127

0072628358A 1

9913898447



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 10/07/2024, el empleador CONSTRUCTORA GANEM S.A.S identificado con NIT número 901643165 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7377720	10/07/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003655506	JUANFERNANDO BRAVO GOMEZ	1300000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS	2024-07-10

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.655.506**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 09 de July de 2024

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 CONSTRUCTORA GANEM S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1003655506	BRAVO GOMEZ JUAN FERNANDO	10/07/2024		F188mFo3	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/07/2024 17:37:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.153.59, 192.230.104.7, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **78.713.047**

YANES RINCON
 APELLIDOS

ANDRES SEGUNDO
 NOMBRES

ANDRES YANES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
MONTERIA
(CORDOBA)

22-DIC-1972

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

O+

M

ESTATURA

G. S. RH

SEXO

05-JUN-1991 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Alba Luz
 REGISTRADORA NACIONAL
 ALBA LUZ RENGIFO LOPEZ



A-2830000-62142412-M-0078713047-20000307

01628 00066N 02 183744875



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/07/2024, el empleador CONSTRUCTORA GANEM S.A.S identificado con NIT número 901643165 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7421111	19/07/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	78713047	ANDRESSEGUNDO YANES RINCON	1300000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS	2024-07-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **YANES RINCON ANDRES SEGUNDO** identificado(a) con **CC** número **78.713.047** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de marzo de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de julio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024071822184

Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C78713047	YANEZ RINCON ANDRES SEGUNDO	15/07/2024		17122102	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420077917

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.005.708.688**

PERALTA CARDENAS

APELLIDOS

GERMAN ALONSO

NOMBRES

German Alonso P.

FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-1996**

TOLU
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-FEB-2014 COVEÑAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2804100-00945116-M-1005708698-20171010 0058002678A-1 9910122566



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/07/2024, el empleador CONSTRUCTORA GANEM S.A.S identificado con NIT número 901643165 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7421100	19/07/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1005708688	GERMANALONSO PERALTA CARDENAS	1300000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS	2024-07-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.708.688**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1005708688	PERALTA CARDENAS GERMAN ALONSO	15/07/2024		210IW165	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420078610

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.131.108.111**

CONTRERAS RINCO

APELLIDOS

LUIS MIGUEL

NOMBRES

Luis miguel

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

04-ENE-1993

**TOLU
(SUCRE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

12-ENE-2011 COVEÑAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2804100-00283066-M-1131108111-20110304

0026025793A 1

35409892



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/07/2024, el empleador CONSTRUCTORA GANEM S.A.S identificado con NIT número 901643165 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7421096	19/07/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108111	LUISMIGUEL CONTRERAS RINCO	1300000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS	2024-07-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.108.111**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1131108111	CONTRERAS RINCO LUIS MIGUEL	13/07/2024		224Q2262	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420077917

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.003.561.521**

HERNANDEZ ALVAREZ

APELLIDOS

YEINER LUIS

NOMBRES

Yaner Hernandez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1998**

SAN BERNARDO DEL VIENTO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

16-ENE-2017 LORICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1302200-01132373-M-1003561521-20200217

0070126880A 1

9911486775



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/07/2024, el empleador CONSTRUCTORA GANEM S.A.S identificado con NIT número 901643165 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7421108	19/07/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003561521	YEINERLUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1300000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS	2024-07-16

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1003561521**, se encuentra afiliado/a desde **30/06/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de julio de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1003561521	HERNANDEZ ALVAREZ YEINER LUIS	16/07/2024		93187428	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420077917

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.131.111.481**

RAMOS DIAZ

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

Juan David R.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUL-1998**

TOLU
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

O+

ESTATURA

G.S. RH

01-FEB-2017 COVENAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

M

SEXO

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2804100-01267955-M-1131111481-20211122

0076646038A 3

8502971934

F

3242597396

Correo:

Juandavid2325@icloud
Cor



CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que GALARCIO SANCHEZ MANUEL ALONSO identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1007766033 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:

CC-1131111481

NOMBRES Y APELLIDOS:

JUAN DAVID RAMOS DIAZ

TIPO DE AFILIADO:

COTIZANTE

ESTADO DE AFILIACIÓN:

ACTIVO

FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:

15/7/2024

FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:

DISCAPACIDAD:

NINGUNA

REGIMEN:

CONTRIBUTIVO

NIVEL:

1

MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:

MONTERIA / CORDOBA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES

Fecha de generacion: 15/7/2024

Codigo de verificacion: AFAF202200000378207

Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO



Línea nacional: 018000111446



Correo: contacto@cajacopieps.com



www.cajacopieps.com



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN DAVID RAMOS DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.111.481**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1131111481	RAMOS DIAZ JUAN DAVID	15/07/2024		22316620	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420077917

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.193.043.889**

RODRIGUEZ ESCUDERO

APELLIDOS

ABRAHAM DAVID

NOMBRES

Abraham Rodriguez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

03-FEB-2002**TOLU
(SUCRE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

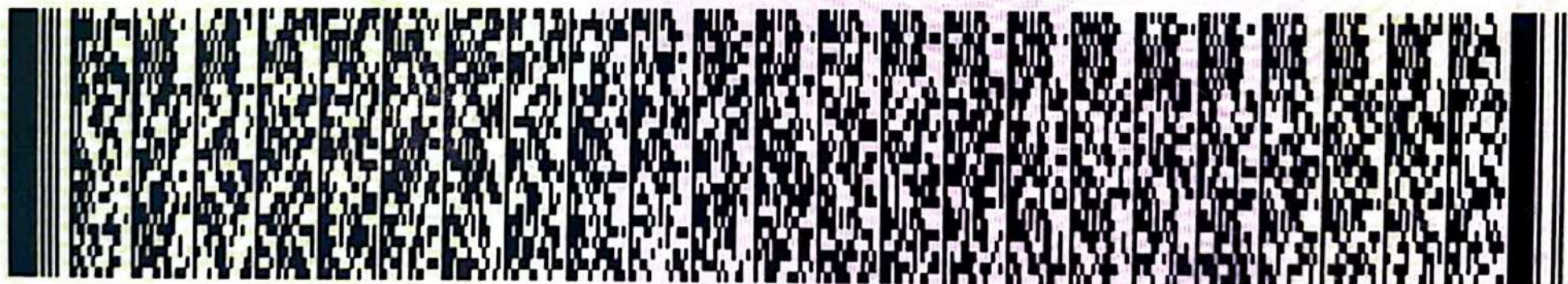
G.S. RH

M

SEXO

27-FEB-2020 COVEÑAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2804100-01137969-M-1193043889-20200312

0070588398A 1

53710292

DURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 13/07/2024, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• No. RADICADO:	49632789
• RÉGIMEN:	Contributivo
• TIPO DE TRÁMITE:	Reingreso
• FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2024-07-13
• TD AFILIADO:	CC
• NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	1193043889
• TD EMPLEADOR:	NIT
• NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	901643165
• FONDO DE PENSIÓN:	PORVENIR
• IBC:	\$1.300.000,00•
No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
 2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
 3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.
- Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 13 días del mes de Julio de 2024.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

@CoosaludEPS @Coosalud_ @CoosaludEPSS @coosaludeps





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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.043.889**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1193043889	RODRIGUEZ ESCUDERO ABRAHAM DAVID	13/07/2024		44156md1	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420077917

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.131.110.304**

RAMOS DIAZ

APELLIDOS

GUSTABO ADOLFO

NOMBRES

GUSTAVO ADOLFO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

28-SEP-1996**TOLU
(SUCRE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82

ESTATURA

O+

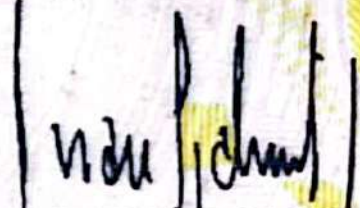
G.S. RH

M

SEXO

27-NOV-2014 COVEÑAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-2804100-00888134-M-1131110304-20170310

0054160676A 1

48043344

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 13/07/2024, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• No. RADICADO:	49632129
• RÉGIMEN:	Contributivo
• TIPO DE TRÁMITE:	Reingreso
• FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2024-07-13
• TD AFILIADO:	CC
• NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	1311110304
• TD EMPLEADOR:	NIT
• NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	901643165
• FONDO DE PENSIÓN:	PORVENIR
• IBC:	\$1.300.000,00•
No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
 2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
 3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.
- Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 13 días del mes de Julio de 2024.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

@CoosaludEPS

@Coosalud_

@CoosaludEPSS

@coosaludeps





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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GUSTABO ADOLFO RAMOS DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.110.304**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1131110304	RAMOS DIAZ GUSTABO ADOLFO	13/07/2024		14217122	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420077917

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **71.980.964**

DIAZ TORDECILLA

APELLIDOS

MARCELIANO

NOMBRES

marceliano diaz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

11-MAY-1972**TURBO
(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

O+

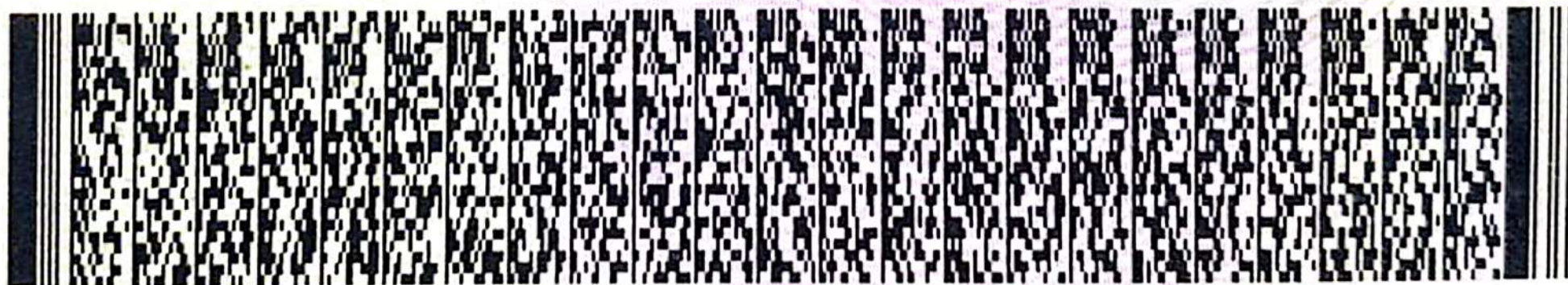
G.S. RH

M

SEXO

28-ENE-1991 TURBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1303300-00161362-M-0071980964-20090706

0013106151A.1

28033718

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 13/07/2024, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• No. RADICADO:	49632166
• RÉGIMEN:	Contributivo
• TIPO DE TRÁMITE:	Reingreso
• FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2024-07-13
• TD AFILIADO:	CC
• NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	71980964
• TD EMPLEADOR:	NIT
• NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	901643165
• FONDO DE PENSIÓN:	PROTECCION
• IBC:	\$1.300.000,00•
No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
 2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
 3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.
- Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 13 días del mes de Julio de 2024.

Cordialmente,



CARLOS TORRES SALAZAR

Subdirector Nacional de Aseguramiento

COOSALUD EPS SA

@CoosaludEPS

@Coosalud_

@CoosaludEPSS

@coosaludeps



Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C71980964	DIAZ TORDECILLA MARCELIANO	13/07/2024		248Xe226	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420077917

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ TORDECILLA MARCELIANO** identificado(a) con **CC** número **71.980.964** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 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 19 de julio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024071908341

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

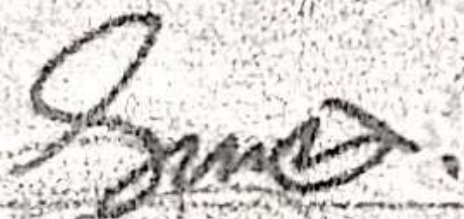
NÚMERO 1.193.142.465

GARAY GLORIA

APELLIDOS

IVAN DARIO

NOMBRES



FIRMA

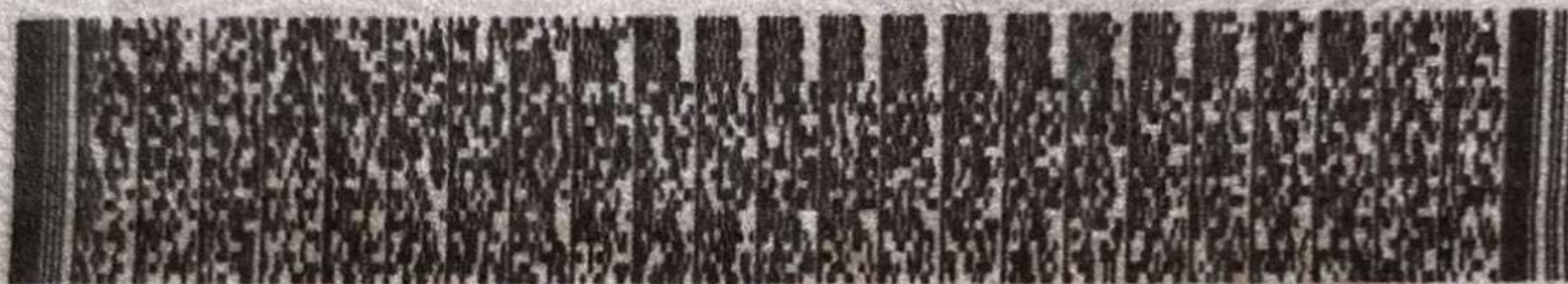




ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-2003****COVEÑAS**
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA**O+**
G.S. RH**M**
SEXO**20-ENE-2021 COVEÑAS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓNREGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2804100-01204466-M-1193142465-20210125

0073183787A 1

8501341822



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/07/2024, el empleador CONSTRUCTORA GANEM S.A.S identificado con NIT número 901643165 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7441472	24/07/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193142465	IVANDARIO GARAY GLORIA	1300000	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS	2024-07-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Julio del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

Medellín, 24 de Julio de 2024

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 CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1193142465	GARAY GLORIA IVAN DARIO	22/07/2024		8E246196	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420656389

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 24/07/2024 15:39:49.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.144.129, 192.230.104.7, 172.16.42.57



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

IVAN DARIO GARAY GLORIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.142.465**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO

15.621.529

BANQUET DONADO

APELLIDOS

JHON JAIRO

NOMBRES

JHON BANQUET BANQUET

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1978****SAN ANTERO**
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82

ESTATURA

O+

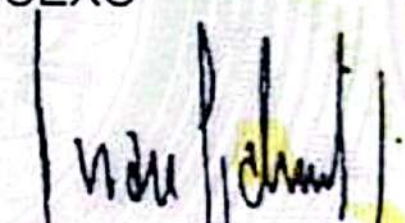
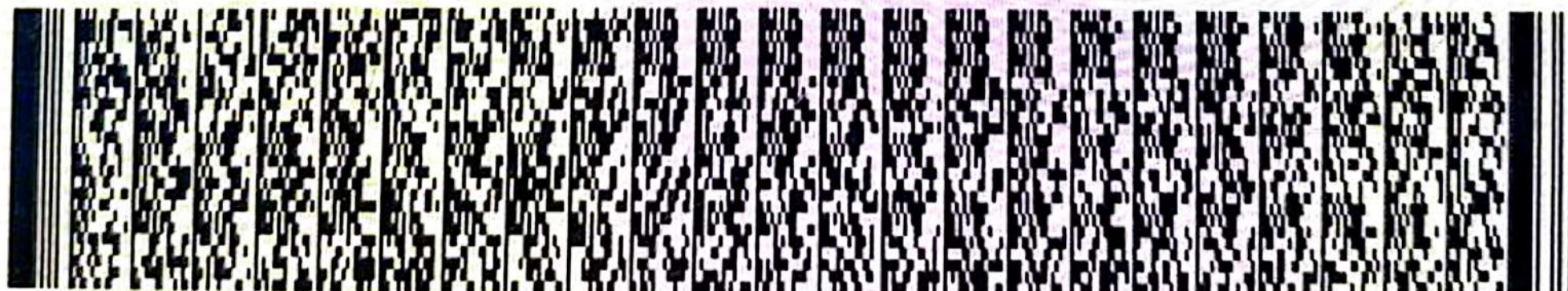
G.S. RH

M

SEXO

31-JUL-2002 SAN ANTERO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0500100-00903470-M-0015621529-20170509

0055313485A 3

6034406482

REPUBLICA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



No de Radicacion

4012860012

Fecha de Radicación

2|3|0|7|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
BANQUET Primer apellido		CC		DONADO Segundo apellido		15621529		JHON Primer nombre	
						Femenino ☐ Masculino ☒		JAIRÓ Segundo nombre	
								2 5 0 7 1 9 7 8	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
5		Tipo FINH Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		PORVENIR FPC		1300000			
18. Residencia		19. Teléfono fijo		20. Teléfono celular		21. Correo electrónico	
CL 12 CR 19 LA SABANERA Dirección				3145024765		JHON.BANQUET@YAHOO.COM	
TOLU Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		SUCRE Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
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		Condición	
				Tipo F N M		T P	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C TOLUSALUD CP - TOLUSALUD CP		TOLUSALUDD - TOLUSALUDD	
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 identificación		37. Número de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSTRUCTORA GANEM SSAS		NIT		901643165		01	
39. Ubicación		3243788074 Teléfono		JGANEMHERRERA@GMAIL.COM Correo electrónico		MONTERIA Municipio/distrito	
MZ F L 20 BRR CAMPIÑA Dirección						CORDOBA Departamento	

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 inscripción 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad 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 3 0 7 2 0 2 4		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código:		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 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 unión 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 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que 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		67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
	Código del Departamento 						
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, así como la veracidad de las demás información registrada.



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHON JAIRO BANQUET DONADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.621.529**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 23 de July de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

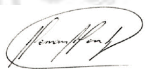
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C15621529	BANQUET DONADO JHON JAIRO	24/07/2024		47221163	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/07/2024 13:52:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA DE
COLOMBIA

NÚMERO 1.131.104.565

SANCHEZ RAMOS

APELLIDOS

JOSE EMILIANO

NOMBRES

José Emiliano Sanchez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-1999****COVEÑAS**
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82

ESTATURA

O+

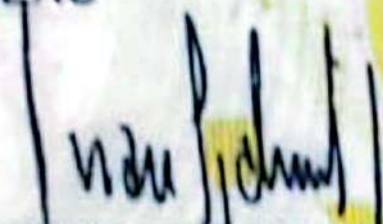
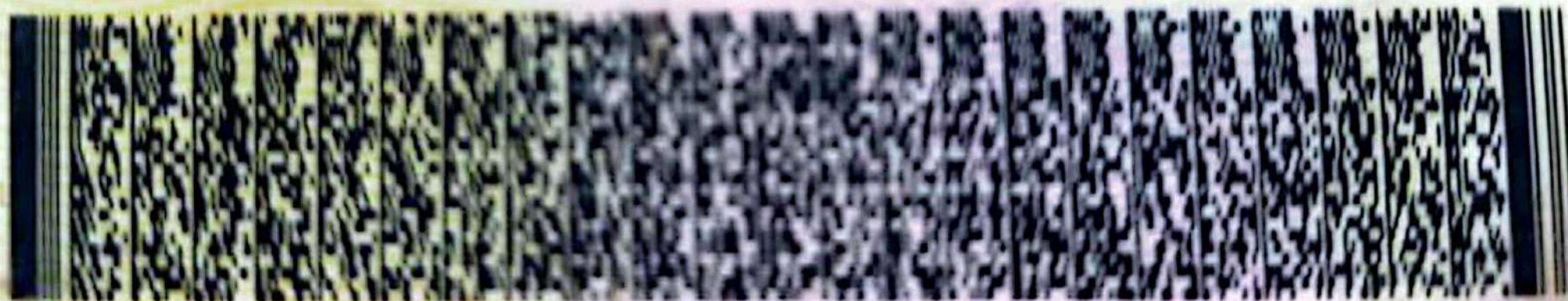
G.S. RH

M

SEXO

23-AGO-2017 COVEÑAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2804100-01010270-M-1131104565-20180525

0061299156A 1

50699648



CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que JOSE EMILIANO SANCHEZ RAMOS identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1131104565 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:

CC-1131104565

NOMBRES Y APELLIDOS:

JOSE EMILIANO SANCHEZ RAMOS

TIPO DE AFILIADO:

COTIZANTE

ESTADO DE AFILIACIÓN:

ACTIVO

FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:

24/7/2024

FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:

DISCAPACIDAD:

NINGUNA

REGIMEN:

CONTRIBUTIVO

NIVEL:

1

MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:

MONTERIA / CORDOBA

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES

Fecha de generacion: 24/7/2024

Codigo de verificacion: AFAF202200000378207

Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

 Línea nacional: 018000111446

 Correo: contacto@cajacopieps.com

 www.cajacopieps.com

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE EMILIANO SANCHEZ RAMOS identificado(a) con C.C No. 1.131.104.565, 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 23 de julio del 2024.

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

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



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

Medellín, 23 de July de 2024

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 CONSTRUCTORA GANEM S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1131104565	SANCHEZ RAMOS JOSE EMILIANO	24/07/2024		13215324	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/07/2024 14:01:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

4.020.289

NUMERO

BERRIO URANGO

APELLIDOS

JUAN ANTONIO

NOMBRES

Juan A Berrio U

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

27-DIC-1968**SAN ANTERO**
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

A-

G.S. RH

M

SEXO

09-ABR-1987 TOLU

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2804100-62135032-M-0004020289-20050824

0028805236H 02 165947062

Resultados del registro de novedades de reingreso



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_3828260

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

Reingreso 1	
Empleador	NI 901643165 CONSTRUCTORA GANEM S.A.S.
Afiliado	CC 4020289 JUAN ANTONIO BERRIO URANGO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1,300,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MONTERIA CL 1 # 1 - 01 MZAN F LT 20
Fecha de ingreso	23/07/2024
Fecha de radicación	23/07/2024 03:19:13 p.m.
Código de Transacción	182600772
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 08/2024

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JUAN ANTONIO BERRIO URANGO identificado(a) con C.C No. 4.020.289, 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 23 de julio del 2024.

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

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



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

Medellín, 23 de July de 2024

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 CONSTRUCTORA GANEM S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C4020289	BERRIO URANGO JUAN ANTONIO	24/07/2024		a2351601	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/07/2024 13:54:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Medellín, 08 de Julio de 2024

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 CONSTRUCTORA GANEM SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CORDOBA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96%		
C78702410	GANEM SALGADO LUIS ALBERTO	18/11/2022		14121725	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C787024102419049480

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 08/07/2024 13:44:40.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.169.213.141, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Medellín, 16 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1131109894	SUAREZ NARVAEZ FRANK ALBERTO	16/07/2024		15724534	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872419830869

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.74, 192.230.104.9, 172.16.42.57



No de Radicacion

4012853135

Fecha de Radicación

2|2|0|7|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
SUAREZ Primer apellido		CC		NARVAEZ Segundo apellido		1131109894		Femenino ☐ Masculino ☒	
FRANK Primer nombre		ALBERTO Segundo nombre		19/10/1995					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
5		Tipo FINH Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.				COLFONDOS		1300000	
18. Residencia							
CR 2 101 200 BRR MOCARI Dirección				3004849681 Teléfono celular		FRANK.SUAREZ@YAHOO.COM Correo electrónico	
MONTERIA Municipio/Distrito				zona Urbana ☒ Rural ☐		CORDOBA Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
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	
B1		B2	
B3		B4	
B5			
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo F N M		T P	
B1		B2		B3		B4	
B5							
32. Datos de residencia							
Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
		Urbana Rural					
B1		B2		B3		B4	
B5							
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU		VSSINUCENT - VSUODPERLA	
B		-	
B		-	
B		-	

V. DATOS DE 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 identificación		37. Número de documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSTRUCTORA GANEM SSAS		NIT		901643165		01	
39. Ubicación		3243788074 Teléfono		JGANEMHERRERA@GMAIL.COM Correo electrónico		MONTERIA Municipio/distrito	
MZ F L 20 BRR CAMPIÑA Dirección						CORDOBA Departamento	

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 inscripción 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad 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 ☐				1/6/07 2 0 2 4	
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código:		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 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 unión 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 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
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, así como la veracidad de las demás informaciones registradas.

Medellín, 16 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C92229029	MURILLO DE HOYOS PEDRO LUIS	10/07/2024		220m2102	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872419830869

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.74, 192.230.104.9, 172.16.42.57



No de Radicacion

4012850780

Fecha de Radicación

2|2|0|7|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: ☐ B. Colectiva ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
MURILLO Primer apellido		CC		DE HOYOS Segundo apellido		Femenino ☐ Masculino ☒		1/4/06 1/9/76	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
5		Tipo FINH Condición TIP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		COLFONDOS		1300000			
18. Residencia		19. Teléfono fijo		20. Teléfono celular		21. Correo electrónico	
VRD PUNTA SECA CL 1 Dirección		3004044834		PEDRO.MURILLO@YAHOO.COM		SUCRE	
SINCELEJO Municipio/Distrito		zona Urbana ☐ Rural ☒		Localidad / comuna		Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
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		B6	
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	
B1		B2	
B3		B4	
B5		B6	
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino ☐ Masculino ☐			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
				Tipo N M		T P	
B1		B2		B3		B4	
B5		B6		B7		B8	

32. Datos de residencia

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS SINCELEJO - VS VIVA SINCELEJO		VSSINCELEJ - VSSINCE	
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 identificación		37. Número de documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSTRUCTORA GANEM SSAS		NIT		901643165		01	
39. Ubicación		3243788074 Teléfono		JGANEMHERRERA@GMAIL.COM Correo electrónico		MONTERIA Municipio/distrito	
MZ F L 20 BRR CAMPIÑA Dirección						CORDOBA Departamento	

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 inscripción 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad 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 0 0 7 2 0 2 4		
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código:		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 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: 1 Total: 1
- ☐ 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 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 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
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, así como la veracidad de las demás informaciones registradas.

Medellín, 16 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C15029586	TOBAR CORREA MANUEL FRANCISCO	16/07/2024		23925515	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872419830869

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.74, 192.230.104.9, 172.16.42.57



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.029.586**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

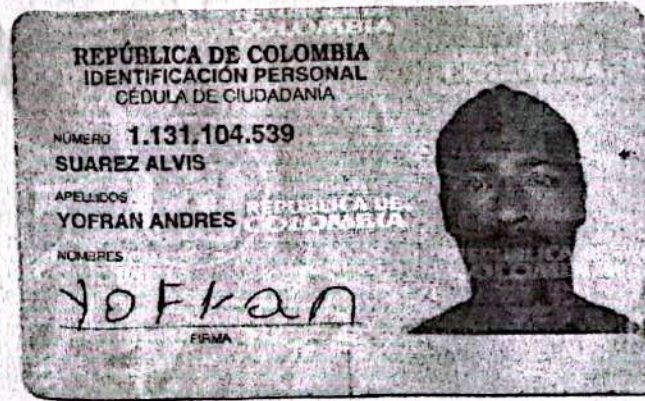


Tenga en cuenta:

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

Talla en bota 45
 Talla en camisa. XL
 Talla en pantalón. 36

YoFram Zúares alvis
 en la corona.



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SUAREZ ALVIS YOFRAN ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.131.104.539** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de diciembre 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 18 de julio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024071822180

Medellín, 18 de Julio de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCTORA GANEM SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1131104539	SUAREZ ALVIS YOFRAN ANDRES	16/07/2024		165K2553	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C509358872420077917

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.146.236, 192.230.104.12, 172.16.42.57

2.3 Radicado de afiliación subcontratado eléctricos un día de trabajo



CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: GONZALEZ QUINTERO ISAN SAIR
IDENTIFICACIÓN: CC 1133775580
INICIO VIGENCIA: 18/05/2024
TIPO DE TRABAJADOR: Dependiente
CARGO: TÉCNICO ELECTRICISTA
SALARIO: 1.300.000
ESTADO ACTUAL: ACTIVO EN MORA
CLASE: 5
TASA: 6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL: INGELCOR INGENIERIA SAS
CC /NIT: NI 812000053
CONTRATO: 91932
SEDE: OPERATIVO
CENTRO DE TRABAJO: RIESGO 5
INICIO VIGENCIA: 01/07/2008
ESTADO ACTUAL: ACTIVO EN MORA

La presente se expide a los 22 días del mes de mayo del año 2024.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.

Gerente de Servicio
Colmena Seguros



No de Radicación

4012373022

Fecha de Radicación

2|0|0|5|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. 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 ☐		6. Código (a registrar por la EPS) 1	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres GONZALEZ Primer apellido		QUINTERO Segundo apellido		ISAN Primer nombre		SAIR Segundo nombre	
7. Tipo documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 1133775580		9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento 2 6 1 1 1 9 8 8	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 6		12. Discapacidad Tipo ☒ Condición ☐		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL RIESGOS PROFESIONALES COLMENA		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 1300000			
18. Residencia CL 2 15 09 Dirección		Telefono fijo		3215972911 Telefono celular		ISANGONZA@GMAIL.COM Correo electrónico	
CERETE Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		CORDOBA 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	
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		28. Fecha de nacimiento	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐			
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)							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C MASVIDA DE LA COSTA CERETE - MASVIDA DE LA COSTA CERETE		Código de la IPS (a registrar por la EPS) MASVIDACER - MASVIDACER	
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 INGELCOR INGENIERIA SAS		36. Tipo de identificación NIT		37. Número de documento de identificación 812000053		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación CL 61 7 52 Dirección		7854745 Teléfono		M.GARCIA@INGELCOR.COM Correo electrónico		MONTERIA Municipio/distrito	
						CORDOBA Departamento	

M-PYGA-F001 V 1.0-2018



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

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR
 NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

ISAN SAIR GONZALEZ QUINTERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.133.775.580**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes





**CONSEJO NACIONAL DE
TÉCNICOS ELECTRICISTAS**

Matrícula Profesional de Técnico Electricista



República de Colombia

**ISAN SAIR
GONZALEZ QUINTERO
C.C. 1133775580**

MTE/Nº 1133775580 - 100147

Resolución 130391

Fecha 2020-12-06

Clases

TE-1 TE-2 TE-3 TE-4 TE-5 TE-6



Nit. 800155559-2

Esta Matrícula Profesional tipo tarjeta acredita a su titular para ejercer la profesión de Técnico Electricista en la clasificación de actividades otorgadas al mismo, de conformidad con la Ley 19 de 1990 y su Decreto Reglamentario 991 de 1991.

Para verificar las Actividades en las cuales puede ejercer el Técnico Electricista, consultar la respectiva resolución.

El presente documento es personal e intransferible.

Consejo Nacional de Técnicos Electricistas CONTE

✉ contactenos@conte.org.co

☎ (57+1) 7451350 Ext. 105-120

📍 Av. Calle 40 A No. 13-09 piso 9 Edificio UGI

🚩 Bogotá D.C., COLOMBIA

🌐 www.conte.org.co



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	91932	
RAZON SOCIAL	INGELCOR INGENIERIA SAS	
IDENTIFICACION:	NI 812000053	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
97670803	2024-5-28	CC 1003034906
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
MARTINEZ DIAZ	MANUEL JOSE	2000-2-17
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
corregimiento los monos	N/A	Rural
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
LORICA - Córdoba	calidad@ingelcor.com	3128853
Celular	Sexo	
3174432422	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
AUXILIAR ELECTRICISTA	\$1,300,000.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	Centro de Trabajo	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2024-5-28	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MANUEL JOSE MARTINEZ DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.034.906**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4012411165

Fecha de Radicación

2/8/05/2/0/2/4

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres	7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo
MARTINEZ Primer apellido	CC	1003034906	Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento		11. Puntaje SISBEN	
1/7/02/2/0/0/0		MANUEL Primer nombre	
12. Discapacidad		13. Grupo de población especial	
Tipo FNM		JOSE Segundo nombre	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FNM		Condición TP			
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones			
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA				PORVENIR FPC			
17. Ingreso base de cotización - IBC				1300000			
18. Residencia				19. Correo electrónico			
CL 57 15 Dirección				MANUELMARTINEZ@GMAIL.COM			
LORICA				CORDOBA			
Municipio/Distrito				Departamento			
3174432422				3174432422			
Teléfono fijo				Teléfono celular			
Urbana ☒ Rural ☐				Localidad / comuna			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres completos		20. Tipo documento de identidad	
Primer apellido		Segundo apellido	
21. Número documento identidad		22. Sexo	
		Femenino ☐ Masculino ☐	
23. Fecha de nacimiento		24. Sexo	
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1				Tipo N		M		Condición	
B2				F					
B3									
B4									
B5									
34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		35. Tipo de identificación		36. Número de documento de identificación		37. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)		38. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
C		NIT		812000053		01			
B									
B									
B									

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		35. Tipo de identificación		36. Número de documento de identificación		37. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)		38. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
C		NIT		812000053		01			
B									
B									
B									

39. Ubicación		40. Correo electrónico		41. Municipio/distrito		42. Departamento	
CL 61 7 52 Dirección		7854745 Teléfono		MONTERIA		CORDOBA	
INGELCOR INGENIERIA SAS		M.GARCIA@INGELCOR.COM		CORDOBA		Departamento	

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 inscripción 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

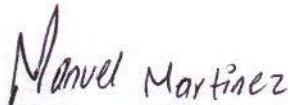
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2/8/05/2/0/2/4			
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: ☐		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 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 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 unión 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 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que 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		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
☐	☐	☐	☐	☐			
70. Datos funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario			
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
☐		☐		☐		☐	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad					
☐		☐					
Observaciones							

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

2.4 Radicado de afiliación subcontratado SERTET comisión topográfica



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 - 9**

CERTIFICA QUE

RAFAEL DARIO CALLE JIMENEZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1.064.984.052, ha estado vinculado con las siguientes empresas:

Numero Afiliacion	Empresa	Estado	Fecha de inicio de cobertura	Fecha de Retiro
224682	SERVICIOS DE INGENIERIA EN TRAZADOS VIAL	ACTIVO	28/06/2024	
224682	SERVICIOS DE INGENIERIA EN TRAZADOS VIAL	RETIRADO	21/10/2016	02/06/2024

Las fechas de ingreso y retiro corresponden a las últimas novedades registradas por el empleador.

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 02 días del mes de julio de 2024

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

2.5 Registro de asistencia directos y subcontratados



CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

Version: 1
Cod: SST-F54
Pag: 1 de 1

CONTROL DE ASISTENCIA PERSONAL DE OBRA SUBCONTRATADO

PROYECTO					CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVENAS, SUCRE																																		
MES					JULIO de 2024																																		
No.	FRENTE	CARGO	CC	NOMBRE Y APELLIDO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
					1																																		
					2																																		
					3																																		
					4																																		
					5	TS	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					6	TS	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					7	TS	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	TS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					8																																		
					9																																		
					10																																		
					11																																		
					12																																		
					13																																		
					14																																		
					15																																		
					16																																		
					17																																		
					18																																		
					19																																		
					20																																		
					21																																		
					22																																		
					23																																		
					24																																		
					25																																		
					26																																		
					27																																		
					28																																		
					29																																		
					30																																		
					31																																		

FORMA DE DILIGENCIAR= MARCAR CON "X" ASISTENCIA, "R" RETIRADO, "S" SUSPENDIDO, "TS" DIA NO LABORADO EN EL PROYECTO, "I" INGRESO FRENTE DE OBRA, "N" NO SE PRESENTO, "AT" TRABAJADOR ACCIDENTADO, "EC" ENFERMEDAD COMUN

FIRMA RESIDENTE DE OBRA/ RESIDENTE SST

27

2.6 Listado del personal directos y subcontratados



CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Cod: SST-F42

Listado del personal - Subcontratado

Pag. 1 de 1

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVENAS, SUCRE

PROYECTO :

PERIODO : JULIO DE 2024

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	EMPRESA	NIT	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	FERNANDO SUAREZ PADILLA	1064980247	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	OFICIAL	8/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PROTECCION
2	JESUS GANEM HERRERA	1067959509	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	MAESTRO	8/07/2024		SURA	SURA	PORVENIR
3	JORGE LUIS LOZANO JIMENES	1067863405	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	OFICIAL	8/07/2024		SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR
4	JULIAN DAVID RAMOS PEREZ	38361196	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	OFICIAL	8/07/2024		SURA	MUTUAL SER	COLFONDOS
5	JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ	1003655506	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	10/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
6	ALBERTO ENRIQUE JARABA SUAREZ	1007245323	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	10/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
7	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	10/07/2024		SURA	SALUD TOTAL	PENDIENTE
8	MARCELIANO DIAZ TORDECILLA	71980964	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	13/07/2024		SURA	COOSALUD	PROTECCION
9	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	13/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
10	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	13/07/2024		SURA	COOSALUD	PORVENIR
11	GUSTABO RAMOS DIAZ	1131110304	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	13/07/2024		SURA	COOSALUD	PORVENIR
12	LUIS ALBERTO GANEM SALGADO	78702410	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	MAESTRO	8/07/2024		SURA	PENDIENTE	PENDIENTE
13	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	16/07/2024		SURA	NUEVA EPS	COLPENSIONES
14	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	15/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
15	JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1131111481	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	16/07/2024		SURA	CAJACOPI	PORVENIR
16	YOFRAN ANDRES SUAREZ ALVIS	1131104539	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	16/07/2024		SURA	PENDIENTE	PROTECCION
17	MANUEL FRACISCO TOBAR CORREA	15029586	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	OFICIAL	16/07/2024		SURA	PENDIENTE	PORVENIR
18	ANDRES SEGUNDO YANEZ RINCON	78713047	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	15/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PROTECCION
19	IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142465	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	16/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
20	CARLOS MARTINEZ MENDOZA	1131104220	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	AYUDANTE	13/07/2024	18/07/2024	SURA	COOSALUD	PORVENIR
21	JUAN ANTONIO BERRIO URANGO	4020289	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	OFICIAL	24/07/2024		SURA	SURA	COLFONDOS
22	JOSE EMILIANO SANCHEZ RAMOS	1131104565	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	OFICIAL	24/07/2024		SURA	CAJACOPI	COLFONDOS
23	JHON JAIRO BANQUET DONADO	15621529	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	OFICIAL	24/07/2024		SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR
24	FRANK ALBERTO SUAREZ NARVAEZ	1131109894	CONSTRUCTORA GANEM SAS	901643165	OFICIAL	24/07/2024		SURA	SALUD TOTAL	PENDIENTE
25	JOSE NORALDO QUINONEZ UNATES	15272716	INDEPENDIENTE	900117142	MAQUINISTA	4/07/2024		SURA	SALUD TOTAL	COLPENSIONES
26	ISAN SAIR GONZALEZ QUINTERO	1133755580	NGELCOR INGENIERIA SAS	812000053	AUX ELECTRICISTA	18/05/2024		COLMENA	SALUD TOTAL	PORVENIR
27	JOAN DAYAN GUERRA MESTRA	1192788022	AGRELOGISTICOS	901323540	MAQUINISTA	8/07/2024		COLMENA	SALUD TOTAL	PORVENIR
28	MANUEL JOSÉ MARTINEZ DIAZ	1003034906	NGELCOR INGENIERIA SAS	812000053	AUX ELECTRICISTA	28/05/2024		COLMENA	SALUD TOTAL	PORVENIR
29	JESUS DAVID SUAREZ	1064983036	SERTET	900500192	CADENERO	28/06/2024		PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
30	JHON DAYAN GUERRA YEISINO ALBERTO THOMAS GOMEZ	1045724502	AGRELOGISTICOS	91323540	MAQUINISTA	11/07/2024		COLMENA	COOSALUD	PORVENIR
31	RAFAEL DARIO CALLE JIMENEZ	1064984052	SERTET	900500192	TOFOGRAFO	26/06/2024		AXA COLPATRIA	PENDIENTE	PENDIENTE

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST



CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Version. 1
Cod: SST-F01
Pag. 1 de 1

Listado del personal - Vinculación directa

PROYECTO : CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVENAS, SUCRE

PERIODO : JULIO DE 2024

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	LUIS FELIPE ESPITIA TORRES	78030910	OFICIAL	2024/06/29	11/07/2024	SURA	MUTUAL SER	COLPENSIONES
2	JOSE ALBERTO ALARCON	106296375	AYUDANTE	2024/06/29	11/07/2024	SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR
3	CARLOS MARTÍNEZ MENDOZA	1131104220	AYUDANTE	2024/06/29	12/07/2024	SURA	COOSALUD	PORVENIR
4	GERSON MARTÍNEZ OQUEUNDO	1040357054	MAESTRO	29/06/2024	11/07/2024	SURA	COOSALUD	PORVENIR
5	MARCELIANO DIAZ TORCEDILLA	71980964	AYUDANTE	2024/06/30	12/07/2024	SURA	COOSALUD	PROTECCIÓN
6	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	AYUDANTE	30/06/2024	12/07/2024	SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
7	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	3/07/2024	12/07/2024	SURA	COOSALUD	PORVENIR
8	CARLOS ALBERTO CORTES VALERO	79688911	RESIDENTE DE OBRA	22/06/2024		SURA	SALUD TOTAL	COLPENSIONES
9	STEPHANNY GARAY SALGADO	1131104122	AUXILIAR SST	22/06/2024		SURA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN
10	ANDRIUS NADIN HERNANDEZ ORTIZ	15683638	OFICIAL	6/07/2024	11/07/2024	SURA	NUEVA EPS	COLPENSIONES
11	GUSTABO RAMOS DÍAZ	1131110304	AYUDANTE	2024/07/06	12/07/2024	SURA	COOSALUD	PORVENIR
12	PAMELA OSPINO JIMENEZ	1067920553	RESIDENTE DE OBRA	22/06/2024		SURA	SANITAS	COLFONDOS
13	KAROLAY CARABALLO REYES	1069496540	PSICOLOGA	25/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
14	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1131107171	ING AMBIENTAL	11/07/2024		SURA	SANITAS	PORVENIR
15	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50909828	DIRECTORA DE OBRA	15-06-2024		SURA	SURA	COLFONDOS
16	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1047393966	RESIDENTE DE OBRA	22-06-2024		SURA	ASOCIACIÓN	PORVENIR
17	SALGADO PADILLA LUIS EDUARDO	1067280132	COORDINADOR SST	22-06-2024		SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR
18	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI	9074773	TECNICO ESTRUCTURAL	22-06-2024		SURA	SANITAS	COLPENSIONES
19	TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL	92229788	CELADOR	04-07-2024		SURA	COOSALUD	PORVENIR
20	NAYALIBE MANJARREZ ELIACH	1067943743	AUXILIAR DE ARQUITECTUR	29-06-2024		SURA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

Stephanny G

FIRMA AUXILIAR SST

[Signature]

FIRMA COORDINADOR SST

**Anexo 3, Pago de seguridad social y
certificado de paz y salvo emitido
por el representante legal**

3.2 pago de seguridad personal subcontratado operadores

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
NIT 901811441	3	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO CMO HOSPITAL	CALLE 42 N 7-40	SINCELEJO-SUCRE	3114269116	Si	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-07	766920984	9469835002	E	2024/07/10	2024/07/10	BANCOLOMBIA	0	\$2,986,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES												PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1062963075	ALARCON JOSE	X																	230301	2	\$86,667	\$13,900	EPS002	2	\$86,667	\$3,500	CCF41	2	\$86,667	\$3,500	14-11	2	\$86,667	\$6,100	2	\$0	\$0	Si	\$27,000
2	CC	1069496540	CARABALLO KAROLAY	X																	230301	6	\$260,000	\$41,600	EPS041	6	\$260,000	\$10,400	CCF41	6	\$260,000	\$10,400	14-11	6	\$260,000	\$18,100	6	\$0	\$0	Si	\$80,500
3	CC	1131104086	CARTA SEBASTIAN	X	X																230301	1	\$43,334	\$7,000	EPS002	1	\$43,334	\$1,800	CCF41	1	\$43,334	\$1,800	14-11	1	\$43,334	\$3,100	1	\$0	\$0	Si	\$13,700
4	CC	1131108111	CONTRERAS LUIS	X																	230301	1	\$43,334	\$7,000	EPS041	1	\$43,334	\$1,800	CCF41	1	\$43,334	\$1,800	14-11	1	\$43,334	\$3,100	1	\$0	\$0	Si	\$13,700
5	CC	79688911	CORTES CARLOS																		25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS002	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF41	30	\$1,300,000	\$52,000	14-11	30	\$1,300,000	\$90,500	30	\$0	\$0	Si	\$402,500
6	CC	9074773	CRUZ JORGE																		25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF41	30	\$1,300,000	\$52,000	14-11	30	\$1,300,000	\$90,500	30	\$0	\$0	Si	\$402,500
7	CC	71980964	DIAZ MARCELIANO	X																	230201	1	\$43,334	\$7,000	ESSC24	1	\$43,334	\$1,800	CCF41	1	\$43,334	\$1,800	14-11	1	\$43,334	\$3,100	1	\$0	\$0	Si	\$13,700
8	CC	1067943743	ELJACH NAYALIBE	X																	230201	2	\$86,667	\$13,900	EPS037	2	\$86,667	\$3,500	CCF41	2	\$86,667	\$3,500	14-11	2	\$86,667	\$6,100	2	\$0	\$0	Si	\$27,000
9	CC	78030910	ESPITIA LUIS	X																	25-14	2	\$86,667	\$13,900	ESSC07	2	\$86,667	\$3,500	CCF41	2	\$86,667	\$3,500	14-11	2	\$86,667	\$6,100	2	\$0	\$0	Si	\$27,000
10	CC	1047393966	FALS CARLOS																		230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS048	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF41	30	\$1,300,000	\$52,000	14-11	30	\$1,300,000	\$90,500	30	\$0	\$0	Si	\$402,500
11	CC	50909828	FUENTES JOHANNA																		231001	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS010	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF41	30	\$1,300,000	\$52,000	14-11	30	\$1,300,000	\$90,500	30	\$0	\$0	Si	\$402,500
12	CC	1131104122	GARAY STEPHANNY	X																	230201	9	\$390,000	\$62,400	EPS010	9	\$390,000	\$15,600	CCF41	9	\$390,000	\$15,600	14-11	9	\$390,000	\$27,200	9	\$0	\$0	Si	\$120,800
13	CC	1131104220	MARTINEZ CARLOS	X																	230301	2	\$86,667	\$13,900	ESSC24	2	\$86,667	\$3,500	CCF41	2	\$86,667	\$3,500	14-11	2	\$86,667	\$6,100	2	\$0	\$0	Si	\$27,000
14	CC	1040357054	MARTINEZ GERSON	X																	230301	2	\$86,667	\$13,900	EPS041	2	\$86,667	\$3,500	CCF41	2	\$86,667	\$3,500	14-11	2	\$86,667	\$6,100	2	\$0	\$0	Si	\$27,000
15	CC	92496761	MONTERROSA EUCLIDES																		0	\$0	\$0	EPS005	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF41	30	\$1,300,000	\$52,000	14-11	30	\$1,300,000	\$90,500	30	\$0	\$0	Si	\$194,500	
16	CC	1067920553	OSPINO DINEY																		231001	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF41	30	\$1,300,000	\$52,000	14-11	30	\$1,300,000	\$90,500	30	\$0	\$0	Si	\$402,500
17	CC	1067280132	SALGADO LUIS																		230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS002	30	\$1,300,000	\$52,000	CCF41	30	\$1,300,000	\$52,000	14-11	30	\$1,300,000	\$90,500	30	\$0	\$0	Si	\$402,500
Total	Afiliados(17)																						\$9,013,337	\$1,442,500			\$10,313,337	\$412,900			\$10,313,337	\$412,900			\$10,313,337	\$718,600		\$0	\$0		\$2,986,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901811441	3	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO CMO HOSPITAL	CALLE 42 N 7-40	SINCELEJO-SUCRE	3114269116	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-07	766920984	9469835002	E	2024/07/10	2024/07/10	BANCOLOMBIA	0	\$2,986,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				16	\$1,442,500	\$0	\$0	\$1,442,500	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	\$416,000	\$0	\$0	\$416,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	\$429,900	\$0	\$0	\$429,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	\$513,300	\$0	\$0	\$513,300	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	\$83,300	\$0	\$0	\$83,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				17	\$718,600	\$0	\$0	\$718,600	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	17	\$718,600	\$0	\$0	\$718,600	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				17	\$412,900	\$0	\$0	\$412,900	
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	17	\$412,900	\$0	\$0	\$412,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 8)				17	\$412,900	\$0	\$0	\$412,900	
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	2	\$5,300	\$0	\$0	\$5,300	
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	\$52,000	\$0	\$0	\$52,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	\$67,600	\$0	\$0	\$67,600	
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	\$3,500	\$0	\$0	\$3,500	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$3,500	\$0	\$0	\$3,500	
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	3	\$15,700	\$0	\$0	\$15,700	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	\$109,300	\$0	\$0	\$109,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	\$156,000	\$0	\$0	\$156,000	
TOTAL				17	\$2,986,900	\$0	\$0	\$2,986,900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

THE CANADIAN FLAUNT

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF			
NIT 901811441	3	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSORCIO CMO HOSPITAL	CALLE 42 N 7-40	SINCELEJO-SUCRE	3114269116	Si			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago		Banco	Dias Mora	Valor	
2024-05	2024-06	766975447	9469836155	E	2024/06/13	2024/07/10		BANCOLOMBIA	27	\$91,100	
RESUMEN DE PAGO											
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)					6	\$42,000	\$900	\$0		\$42,900	
COLFONDOS		231001	800,227,940	6	2	\$14,000	\$300	\$0		\$14,300	
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	2	\$14,000	\$300	\$0		\$14,300	
PORVENIR		230301	800,224,808	8	2	\$14,000	\$300	\$0		\$14,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					7	\$21,700	\$500	\$0		\$22,200	
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	7	\$21,700	\$500	\$0		\$22,200	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					7	\$12,600	\$300	\$0		\$12,900	
COMFASUCRE		CCF41	892,200,015	5	7	\$12,600	\$300	\$0		\$12,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)					7	\$12,600	\$500	\$0		\$13,100	
EPS MUTUAL SER		EPS048	806,008,394	7	1	\$1,800	\$100	\$0		\$1,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		EPS010	800,088,702	2	1	\$1,800	\$100	\$0		\$1,900	
SALUD TOTAL		EPS002	800,130,907	4	2	\$3,600	\$100	\$0		\$3,700	
SANTITAS		EPS005	800,251,440	6	3	\$5,400	\$200	\$0		\$5,600	
TOTAL					7	\$88,900	\$2,200	\$0		\$91,100	

3.2 pago de seguridad personal subcontratado operadores

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	15272716 JOSE NORALDO QUINONEZ UNATE SUCRE	MES	7926998344 2024 junio AÑO	TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2024 0 2024/07/04
DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA:	DEPARTAMENTO: CL 5 NO. 7A. 70 TELÉFONO: 2809670 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE Comercio al por mayor de computadores, equipo per			NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):
FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	UNICO	NO		MES	junio AÑO
					I-INDEPENDIENTES 751528957

[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA			
CÓDIGO	NOMBRE	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA		
EP5002	EP5002-SALUD TOTAL	1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 325.000	\$ 0		\$ 0	\$ 325.000	\$ 0		
SUBTOTALS:												\$ 325.000	\$ 0	\$ 325.000	\$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES											
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA		VALOR	APORTES	MORA	DESCUENTO
14-11	14-11 - ARL SURA	1			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.100	\$ 113.100	\$ 0	\$ 113.100
SUBTOTALES:								\$ 113.100	\$ 113.100	\$ 0	\$ 113.100

[illegible]

TOTAL	\$ 854.100
--------------	-------------------

Se certifica que AGRELOGISTICOS identificado(a) con NI 901323540 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOAN DAYAN GUERRA MESTRA identificado(a) con CC 1192788022

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9469695241	761073844	E	2024-07-08	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	CCF	OCF-16	COMFACOR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30

Este certificado se expide el día 2024-07-08 a las 08:44.

Se certifica que AGRELOGISTICOS identificado(a) con NI 901323540 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para YEISIÑO ALBERTO THOMAS GOMEZ identificado(a) con CC 1045724502

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9469695241	761073844	E	2024-07-08	EPS	EPS042	COOSALUD EPS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30
9469695241	761073844	E	2024-07-08	CCF	CCF07	COMFAMILIAR ATLANTICO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30

Este certificado se expide el día 2024-07-08 a las 08:44.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					NIT					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					901370825				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					PLANETA RICA					DEPARTAMENTO:					JQ NGENIERIA CIVIL SAS				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CR 4 11 - 18 BARRIO GONZALO MEJÍA					TELÉFONO:					CORDOBA				
DIRECCIÓN:					01-EMPLEADOR					CLASE APORTANTE:					7765975				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					B-MENOS DE 200 COTIZANTES				
TIPO EMPRESA:					SUCURSAL					SUCURSAL / DEPENDENCIA:					Construcción de otras obras de ingeniería civil.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					001 - JESUS					001 - JESUS					SI				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			
NÚMERO PLANILLA:										7930303441									
PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES					junio AÑO					2024				
DÍAS DE MORA:					2					2024/07/10					NÚMERO AUTORIZACIÓN:				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):										767820977									
TIPO DE PLANILLA:										E-EMPLEADOS									
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:										2024									

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	2	\$ 416.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 416.000	\$ 700	\$ 416.700	
25-14	25-14 COLPENSIONES	2	\$ 416.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 416.000	\$ 700	\$ 416.700	
SUBTOTALES:										\$ 832.000	\$ 1.400	\$ 833.400	

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS041	NUEVA EPS CM	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 52.000	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 52.000	\$ 100	\$ 0	\$ 52.100		
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 52.000	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 52.000	\$ 100	\$ 0	\$ 52.100		
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 104.000	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 104.000	\$ 200	\$ 0	\$ 104.200		
SUBTOTALES:												\$ 208.000	\$ 400	\$ 0	\$ 208.400			

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	4		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 226.400	\$ 226.400	\$ 400	\$ 0	\$ 226.800
SUBTOTALES:								\$ 226.400	\$ 400	\$ 0	\$ 226.800	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR							
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE				APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF16	CCF16-COMFACOR			4	\$ 208.000	\$ 400	\$ 208.400
SUBTOTALES:					\$ 208.000	\$ 400	\$ 208.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																												
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SEGURIDAD SOCIAL								ARP				IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO		TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC					ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
1	CC 1100545413	ALVAREZ PEREZ CARLOS ANTONIO	DEPEND		\$ 1.300.000	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 208.000	NUEVA EPS CM	30	\$ 1.300.000	\$ 52.000	\$ 0	\$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.300.000		\$ 56.600	30	\$ 1.300.000	SCCF16-COMFACOR	\$ 52.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				
2	CC 15044160	DIAZ GUERRA NESTOR APOLINAR	DEPEND		\$ 1.300.000	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.300.000	\$ 52.000	\$ 0	\$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.300.000		\$ 56.600	30	\$ 1.300.000	SCCF16-COMFACOR	\$ 52.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				
3	CC 26067582	VERGARA FUENTES ELSY PATRICIA	DEPEND		\$ 1.300.000	FIJO			SI																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.300.000	\$ 52.000	\$ 0	\$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.300.000		\$ 56.600	30	\$ 1.300.000	SCCF16-COMFACOR	\$ 52.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				
4	CC 78726997	SUNIGA SOLANO JOSE LUIS	DEPEND		\$ 1.300.000	FIJO			SI																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	\$ 1.300.000	\$ 52.000	\$ 0	\$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.300.000		\$ 56.600	30	\$ 1.300.000	SCCF16-COMFACOR	\$ 52.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				

TOTAL	\$ 1.477.000
-------	--------------

3.3 Certificado de paz y salvo por concepto de seguridad social

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO	VERSION. 1
		PAG. 1 DE 1

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

NAYALIBE ELJACH MANJARREZ, identificado con cédula de ciudadanía No 1067943743, en calidad de Representante Legal del **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**, identificada con NIT 901.811.441-3 CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que he cumplido con las obligaciones derivadas de afiliación y pago con los sistemas de Salud, Pensión y Riesgos laborales, y los correspondientes a aportes parafiscales: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y Caja de Compensación Familiar, de **mayo y junio DE 2024**, del personal dependiente e independiente del Contrato de Obra **No LP-018-2023, CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE.** dentro de los términos de ley de conformidad con las normas vigentes, según Ley 789 de 2002 Artículo 50 y Ley 828 de 2005 Artículo 1.

Se expide el presente certificado el día 30 de julio del 2024 en la ciudad de Montería departamento de Córdoba

Atentamente,



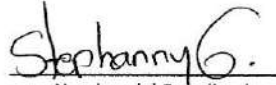
NAYALIBE ELJACH MANJARREZ
R/L CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE
NIT: 901.811.441-3

Anexo 4. Plan de trabajo SST P vs E

Anexo 5, Inducción de personal que ingreso en el periodo

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Juan Antonio Berrio Urango			
Nº de Identificación	4020289.			
Cargo	Oficial	Fecha		
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☒	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☒ Política, Principios y Valores.	
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☒ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI.	
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	 Firma
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO	
☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)

* Juan A Berrio

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

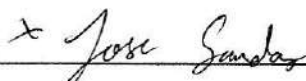
INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	José Emiliano Sanchez Ramos.			
Nº de Identificación	11 31104565.			
Cargo	Oficial	Fecha		
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☒	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE	
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST	
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).		
☒ Política, Principios y Valores.		
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).		
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).		
☒ Funciones del Cargo.		
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		 Firma
☐ Socialización de la Política del SGI.		
☐ Deberes y Derechos de los Trabajadores.		
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.		
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.		
☐ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común		
☐ Exámenes Médicos Ocupacionales		
☐ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias		
☐ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición		
Otro? Cual?: _____		
III. Otras actividades al ingreso del trabajador		
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO		
☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD		

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)

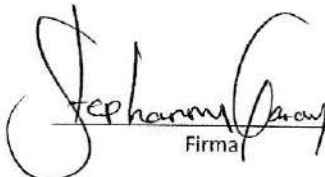


OBSERVACION:



 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	Frank Alberto Saez Navas		
Nº de Identificación	1131109894		
Cargo	Ayudante	Fecha	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☒ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa. ☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros). ☒ Política, Principios y Valores. ☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos). ☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,). ☒ Funciones del Cargo.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST  Firma
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI. ☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores. ☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros. ☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo. ☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común ☒ Exámenes Médicos Ocupacionales ☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias ☐ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO ☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)

Frank Saez Navas

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	German Peralta Cardenas		
Nº de Identificación	1005708688		
Cargo		Fecha	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☐	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE	
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST	
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).		
☒ Política, Principios y Valores.		
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).		
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).		
☒ Funciones del Cargo.		
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		 Firma
☒ Socialización de la Política del SGI.		
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.		
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.		
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.		
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común		
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales		
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias		
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición		
Otro? Cual?: _____		
III. Otras actividades al ingreso del trabajador		
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO		
☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD		

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)

German Peralta

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	Iván Darío Garay Dorra		
Nº de Identificación	1193142465		
Cargo	Ayudante		Fecha
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa. ☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros). ☒ Política, Principios y Valores. ☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos). ☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,). ☒ Funciones del Cargo.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST  Firma
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI. ☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores. ☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros. ☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo. ☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común ☒ Exámenes Médicos Ocupacionales ☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias ☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO ☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X Iván Garay

OBSERVACION:



**CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE**

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES

COD: SST- F 002

versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre Completo	Juan David Ramos Diaz		
Nº de Identificación	113111481		
Cargo	Ayudante	Fecha	17/07/2024
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

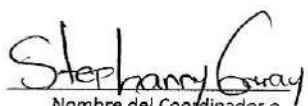
I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE	
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	<i>Stephanny</i> Nombre del Coordinador o auxiliar SST <i>Stephanny Garay</i> Firma	
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).		
☒ Política, Principios y Valores.		
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).		
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).		
☒ Funciones del Cargo.		
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
☒ Socialización de la Política del SGI.		
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.		
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.		
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.		
☐ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común		
☐ Exámenes Médicos Ocupacionales		
☐ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias		
☐ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición		
Otro? Cual?: _____		
III. Otras actividades al ingreso del trabajador		
☐ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
☐ NOTIFICACIÓN DE RIESGO		
☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD		

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) *[Firma]*

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	Andrés Segundo Yanez Pincón		
Nº de Identificación	78713047		
Cargo	Oficial	Fecha	17/07/2024
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE	
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST	
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).		
☒ Política, Principios y Valores.		
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).		
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).		
☒ Funciones del Cargo.		
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
☒ Socialización de la Política del SGI.		 Firma
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.		
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.		
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.		
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común		
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales		
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias		
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición		
Otro? Cual?: _____		
III. Otras actividades al ingreso del trabajador		
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
☐ NOTIFICACIÓN DE RIESGO		
☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD		

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)

Andrés Yanez

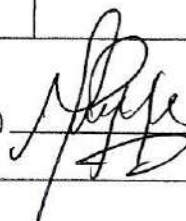
OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Manuel Francisco Tobay Correa.			
Nº de Identificación	15029586			
Cargo		Fecha	16/07/2024	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE	
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	Nombre del Coordinador o auxiliar SST Firma	
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).		
☒ Política, Principios y Valores.		
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).		
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).		
☒ Funciones del Cargo.		
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
☒ Socialización de la Política del SGI.		
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.		
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.		
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.		
☐ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común		
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales		
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias		
☐ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición		
Otro? Cual?: _____		
III. Otras actividades al ingreso del trabajador		
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO		
☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD		

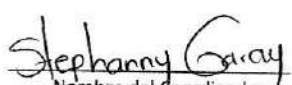
MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)



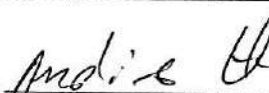
OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Andrés Vannander Ortiz			
Nº de Identificación	15683638			
Cargo	OFICIAL		Fecha	9/7/2024
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa. ☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros). ☒ Política, Principios y Valores. ☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos). ☒ Seguridad Social (ABL, AFP, EPS, Caja de Compensación,). ☒ Funciones del Cargo.	 Nombre del Coordinador auxiliar SST  Firma
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ☐ Socialización de la Política del SGI. ☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores. ☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros. ☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo. ☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común ☒ Exámenes Médicos Ocupacionales ☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias ☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador ☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO ☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

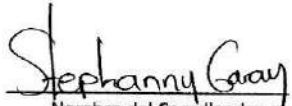
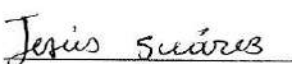
MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)



OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Jesús David Suárez Bello			
Nº de Identificación	1064983036			
Cargo	Auxiliar topografía	Fecha	09 - 07 - 2024	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

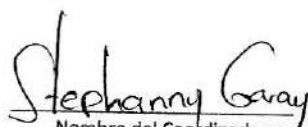
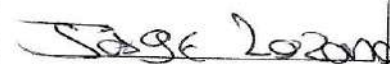
I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa. ☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros). ☒ Política, Principios y Valores. ☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos). ☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,). ☒ Funciones del Cargo.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST  Firma
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ☒ Socialización de la Política del SGI. ☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores. ☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos Inseguros. ☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo. ☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común ☒ Exámenes Médicos Ocupacionales ☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias ☐ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador ☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO ☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

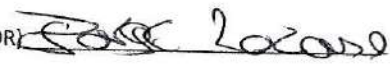
MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Jesús Suárez

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	SAGE Luis Lozano Jimenez		
Nº de Identificación	1062863405		
Cargo	Oficial		
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

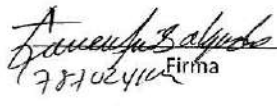
I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☒ Política, Principios y Valores.	
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☒ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI.	
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	 Firma
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☐ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO	
☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) 

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	Luis Alberto Gónem Salgado		
Nº de Identificación	78702416		
Cargo	MAESTRO OBRERA		
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☐	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa. ☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros). ☒ Política, Principios y Valores. ☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos). ☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,). ☒ Funciones del Cargo.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST  Firma 78702416
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI. ☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores. ☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos Inseguros. ☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo. ☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común ☒ Exámenes Médicos Ocupacionales ☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias ☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO ☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

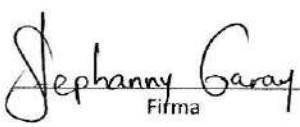
MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)



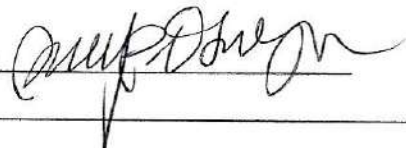
OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	Dney Pamela Ospina Jimenez		
Nº de Identificación	106740513		
Cargo	Exadme de obra	Fecha	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa. ☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros). ☒ Política, Principios y Valores. ☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos). ☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,). ☒ Funciones del Cargo.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST  Firma
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI. ☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores. ☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros. ☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo. ☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común ☒ Exámenes Médicos Ocupacionales ☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias ☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☐ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO	
☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

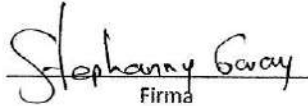
MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)



OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	Karolay Caraballo Reyer		
Nº de Identificación	1069496540		
Cargo	Psicóloga	Fecha	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa. ☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros). ☒ Política, Principios y Valores. ☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos). ☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,). ☒ Funciones del Cargo.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST  Firma
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ☒ Socialización de la Política del SGI. ☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores. ☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros. ☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo. ☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común ☒ Exámenes Médicos Ocupacionales ☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias ☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador ☐ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO ☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

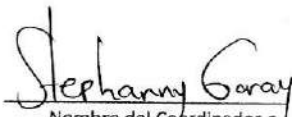
MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)



OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	CARLOS ALBERTOS MARTINEZ MENDOZA		
Nº de Identificación	1131104220		
Cargo	obrero	Fecha	09072024
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☒ Política, Principios y Valores.	
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☒ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI.	
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	CARLOS Firma
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO	
☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) CARLOS

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	Abraham David Rodriguez Escudero		
Nº de Identificación	1193043889		
Cargo	Obrero	Fecha	09-07-2024
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☐	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

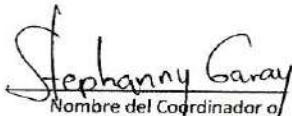
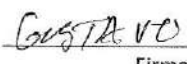
I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☒ Política, Principios y Valores.	
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☒ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI.	
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	 Firma
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO	
☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) _____

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR			
Nombre Completo	GUSTAVO ADOLFO RAMOS DIAZ		
Nº de Identificación	7131110304		
Cargo	Médico		Fecha
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☒	Otro: 09-07-2024
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☒	Prestación de Servicios ☒ Otro:

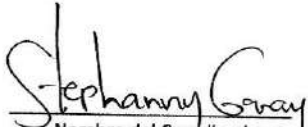
I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE	
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST  Firma	
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).		
☒ Política, Principios y Valores.		
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).		
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).		
☒ Funciones del Cargo.		
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
☒ Socialización de la Política del SGI.		
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.		
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.		
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.		
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común		
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales		
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias		
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición		
Otro? Cual?:		
III. Otras actividades al ingreso del trabajador		
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO		
☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD		

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) _____

OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Rafael Darío Calle Jimenez			
Nº de Identificación	7064 984 052			
Cargo	Topógrafo		Fecha	09-07-2024
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☐	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☒	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa. ☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros). ☒ Política, Principios y Valores. ☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos). ☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,). ☒ Funciones del Cargo.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST  Firma
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ☒ Socialización de la Política del SGI. ☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores. ☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros. ☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo. ☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común ☒ Exámenes Médicos Ocupacionales ☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias ☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador ☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO ☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO ☐ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)



OBSERVACION:

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Yainer Hernández Alvarez			
Nº de Identificación	1003561521			
Cargo		Fecha	17/07/2024	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador auxiliar SST  Firma
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☒ Política, Principios y Valores.	
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☒ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☒ Socialización de la Política del SGI.	
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO	
☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) 

OBSERVACION:



**CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE**

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES

COD: SST- F 002

versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre Completo	Yofran Suarez Abus		
Nº de Identificación	1131104539		
Cargo	Ayudante		Fecha
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☒	Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐ Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE	
☒ Explicación de las generalidades de la empresa.	 Nombre del Coordinador o auxiliar SST	
☒ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).		
☒ Política, Principios y Valores.		
☒ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).		
☒ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).		
☒ Funciones del Cargo.		
II. INDUCCIÓN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
☒ Socialización de la Política del SGI.		
☒ Deberes y Derechos de los Trabajadores.		
☒ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.		
☒ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.		
☒ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común		
☒ Exámenes Médicos Ocupacionales		
☒ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias		
☒ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición		
Otro? Cual?: _____	 Firma	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador		
☒ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
☒ NOTIFICACIÓN DE RIESGO		
☒ ENCUESTA DE MORBILIDAD		

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)

YOFYAA

OBSERVACION:

Anexo 6, Notificación de riesgo personal que ingreso en el periodo

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		NOTIFICACION DE RIESGO		VERSION 1
				COD. SST. F-007
				PAG 1 DC 2
PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE			
FECHA DE NOTIFICACION	24/07/2024	NUMERO DE TRABAJADORES NOTIFICADOS:		
ACTIVIDAD:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL			
TAREA PRINCIPAL SEGÚN CARGO:				
CARGO	TAREAS	CARGO	TAREAS	
Oficial	Ejecutar y liderar las actividades en obra			
Alfabeto	Oficinas vanos			
RIESGOS				
DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN	EFFECTOS POSIBLES A LA SALUD	MEDIDAS / SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL EXISTENTES	MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR
Condiciones de trabajo inadecuadas	Condiciones de Seguridad	Contusiones Esguinces y torceduras Golpes Fracturas Respones Caidas al mismo nivel Cortadas	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Atrapamientos entre máquinas en movimiento, cuando se abastece la mezcladora	Condiciones de Seguridad	Atrapamiento, fracturas, amputación.	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Accidentes (Volcaduras, Atropellamiento y/o aplastamiento)	Condiciones de Seguridad	Golpes Fracturas Heridas Contusiones Muerte	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulación de Objetos Corto punzantes	Condiciones de Seguridad	Heridas Laceraciones	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Contactos con bacterias y hongos por las aguas estancadas.	Biológico	Mareos, vómitos, alergias, afecciones en la piel y del Sistema Respiratorio	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2 (contacto directo entre personas, contacto con objetos contaminados)	Biológico	Enfermedad COVID-19, Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, que puede ocasionar enfermedad pulmonar crónica, neumonía o muerte.	Esquema completo de vacunación Capacitación frente al riesgo Lavado de manos frecuente Distanciamiento físico Hidratación constante del personal Disposición de insumos para la desinfección (Alcohol, hipoclorito, detergente, jabón)	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulación de cargas por encima de 25 kg	Biomecánico	Fatiga muscular Lesiones osteomusculares Hernias Discales	Charlas de Seguridad Realización de examen médico ocupacional Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Vibraciones cuerpo entero	Físico	En columna vertebral: Lombalgias, espondilitis, osteocondilitis intervertebral, calcificación de discos, etc. Aparato digestivo: Hemorroides, enfermedades gástricas. Aparato urogenital: Prostatitis, hematuria Visión: Pérdida de agudeza visual. Comportamiento: Retardo en el tiempo de reacción, menor habilidad manual, Intención nerviosa Síndrome de Raynaud	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Ruido Continuo originado por (Máquina cortadora - Taladro Retroexcavadora)	Físico	Fatiga Desconcentración Discomfort	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		NOTIFICACION DE RIESGO		VERSION 1
				COD. SST. F-003
				PAG 1 DE 2
PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE			
FECHA DE NOTIFICACION			NUMERO DE TRABAJADORES NOTIFICADOS:	
ACTIVIDAD:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL			
TAREA PRINCIPAL SEGÚN CARGO:				
CARGO	TAREAS	CARGO	TAREAS	
Ayudante Oficial	Oficio S. Varios ejecutar y liderar las activi- dades en obra.			
RIESGOS				
DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN	EFFECTOS POSIBLES A LA SALUD	MEDIDAS / SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL EXISTENTES	MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR
Oficios de trabajo inadecuados	Condiciones de Seguridad	Contusiones Esquinces y torceduras Golpes Fracturas Raspones Caídas al mismo nivel Cortadas.	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Atrapamientos entre máquinas en movimiento, cuando se abastece la mezcladora	Condiciones de Seguridad	Atrapamiento, fracturas, amputación.	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Accidentes (Volcaduras, Atropellamiento y/o aplastamiento)	Condiciones de Seguridad	Golpes Fracturas Heridas Contusiones Muerte	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulación de Objetos Corto punzantes	Condiciones de Seguridad	Heridas Laceraciones	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Contactos con bacterias y hongos por las aguas estancadas.	Biológico	Mareos, vómitos, alergias, afecciones en la piel y del Sistema Respiratorio	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2 (contacto directo entre personas, contacto con objetos contaminados)	Biológico	Enfermedad COVID-19, Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, que puede ocasionar enfermedad pulmonar crónica, neumonía o muerte.	Esquema completo de vacunación Capacitación frente al riesgo Lavado de manos frecuente Distanciamiento físico Hidratación constante del personal Disposición de insumos para la desinfección (Alcohol, hipoclorito, detergente, jabón)	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulación de cargas por encima de 25 kg	Biomecánico	Fatiga muscular Lesiones osteomusculares Hernias Discales	Charlas de Seguridad Realización de examen médico ocupacional Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Vibraciones cuerpo entero	Físico	En columna vertebral: Lombalgias, espondilitis, osteocondritis intervertebral, calcificación de discos, etc. Aparato digestivo: Hemorroides, enfermedades gástricas. Aparato urogenital: Prostatitis, hematuria Visión: Pérdida de agudeza visual. Comportamiento: Retardo en el tiempo de reacción, menor habilidad manual, irritación nerviosa Síndrome de Raynaud	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Ruido Continuo originado por (Máquina cortadora - Taladro Retroexcavadora)	Físico	Fatiga Desconcentración Discomfort	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales

Contacto con sustancias	Químico	Efectos solo cuando se ingere o inhala , como irritaciones, dolor de cabeza y vértigo	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Publicación y socialización de las hojas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Presencia de Polvos Generación de polvos al realizar las labores de excavación y durante el traslado de escombros a los puntos de recolección	Químico	Alergias y dermatitis. Quemaduras químicas irritación ocular asfixia	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Publicación y socialización de las hojas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Trabajo bajo presión, por atrasos o entregas parciales. OTROS	Psicosocial	Estrés, cansancio, fatiga, ansiedad,	Comités de Convencional Laboral operativo	

Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de Accidentes de Trabajo y Enfermedades laborales, de conformidad firmo este documento:

[illegible]

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		NOTIFICACION DE RIESGO		VERSION 1 COD. SST. F-003 PAG 1 DE 2	
PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE				
FECHA DE NOTIFICACION	09/07/2024		NUMERO DE TRABAJADORES NOTIFICADOS:		
ACTIVIDAD:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL				
TAREA PRINCIPAL SEGÚN CARGO:					
CARGO	TAREAS		CARGO	TAREAS	
Topógrafo	Levantamientos topográficos				
Ayudantes	OFICIOS VARIOS				
Maestro	SUPERVISAR la ejecución de un proyecto.				
Residente	SUPERVISAR el proceso de construcción				
Psicóloga	Brindar acompañamiento para el fortalecimiento social				
RIESGOS					
DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN	EFFECTOS POSIBLES A LA SALUD	MEDIDAS / SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL EXISTENTES		MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR
Condiciones de trabajo inadecuadas	Condiciones de Seguridad	Contusiones Esguinces y torceduras Golpes Fracturas Raspones Caídas al mismo nivel Cortadas	Cartas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Atrapamientos entre máquinas en movimiento, cuando se abastece la mezcladora	Condiciones de Seguridad	Atrapamiento, fracturas, amputación.	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Accidentes (Volcaduras, Atropellamiento y/o aplastamiento)	Condiciones de Seguridad	Golpes Fracturas Heridas Contusiones Muerte	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulación de Objetos Corto punzantes	Condiciones de Seguridad	Heridas Laceraciones	Cartas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Contactos con bacterias y hongos por las aguas estancadas.	Biológico	Mareos, vómitos, alergias, afecciones en la piel y del Sistema Respiratorio	Cartas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2 (contacto directo entre personas, contacto con objetos contaminados)	Biológico	Enfermedad COVID-19, Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, que puede ocasionar enfermedad pulmonar crónica, neumonía o muerte.	Esquema completo de vacunación Capacitación frente al riesgo Lavado de manos frecuente Distanciamiento físico Hidratación constante del personal Disposición de insumos para la desinfección (Alcohol, hipoclorito, detergente, jabón)		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulación de cargas por encima de 25 kg	Biomecánico	Fatiga muscular Lesiones osteomusculares Hernias Discales	Cartas de Seguridad Realización de examen medico ocupacional Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Vibraciones cuerpo entero	Físico	En columna vertebral: Lumbalgias, espondilitis, osteocondritis intervertebral, calcificación de discos, etc. Aparato digestivo: Hemorroides, enfermedades gástricas. Aparato urogenital: Prostatitis, hematuria Visión: Pérdida de agudeza visual. Comportamiento: Retardo en el tiempo de reacción, menor habilidad manual, irritación nerviosa Síndrome de Raynaud	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Ruido Continuo originado por (Máquina cortadora - Taladro Retroexcavadora)	Físico	Fatiga Desconcentración Discomfort	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protección personal acordes a la labor		Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimientos de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales

Anexo 7, Capacitaciones SST

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Version. 1 Cod: SST-F12
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN		Pag. 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	25 / 07 / 2024	DURACIÓN:	20 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE: <u>Stephanny Garay</u>			

DIVULGACION DE ; ☐ INDUCCIÓN ☒ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO <u>Cultura de Autocuidado.</u>
---	---

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Ivan Garay	Obrero	Cons. Ganem	<u>Ivan</u>
2	Alonso Jarama	Obrero	Cons. Ganem	<u>Alonso</u>
3	Germán Peralta	Obrero	Cons. Ganem	<u>Germán</u>
4	Pedro Muriillo	Obrero	Cons. Ganem	<u>Pedro</u>
5	YOFAN	Obrero	Cons. Ganem	<u>YOFAN</u>
6	GUSTAVO ADOLFO ARMAS	Obrero	Cons. Ganem	<u>GUSTAVO</u>
7	JHON BANOUE	DELEGA	Cons. Ganem	<u>BANOUE</u>
8	MARCELIANO	Obrero	Cons. Ganem	<u>MARCELIANO</u>
9	JUAN FERNANDO DIAZ GONZALEZ	Obrero	Cons. Ganem	<u>JUAN FERNANDO</u>
10	Abraham Rodriguez	Obrero	Cons. Ganem	<u>Abraham</u>
11	Miguel Tobo Correa	Albañil	Cons. Ganem	<u>Miguel</u>
12	FRANK SAREZ NARVAEZ	AYUDANTE	Cons. Ganem	<u>FRANK SAREZ N</u>
13	Javier Hernandez	Obrero	Cons. Ganem	<u>Javier Hernandez</u>
14	Julian RAMAS	Obrero	Cons. Ganem	<u>Julian RAMAS</u>
15	Juan David Ramos	Obrero	Cons. Ganem	<u>Juan David</u>
16	George Lozano	Oficial	Cons. Ganem	<u>George Lozano</u>
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny Garay

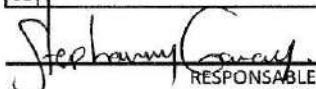
RESPONSABLE

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN	Cod: SST-F12
		Pag. 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVENAS, SUCRE		
FECHA:	19/10/2024	DURACIÓN:	30 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE: Stephanny Garay			

DIVULGACION DE:	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ☒ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Adecuado uso y cuidados de los elementos de protección personal.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Germán Perutai	obrero	Constructora Ganem S.A.S.	Perutai
2	Juan Garay	obrero	Cons Ganem	Jm.
3	Yancy Hernandez	obrero	Cons Ganem	Yancy
4	Yotto		Cons Ganem	Yotto
5	Pedro Murillo	obrero	Cons Ganem	Pedro
6	Harold Tobat	Albanil	Cons Ganem	Harold
7	Alberto Jarama	obrero	Cons Ganem	Alberto
8	Juan David Ramos	obrero	Cons Ganem	Juan David
9	Rafael Darío Calle Jimenez	Topógrafo	SEIT SAS	Rafael Calle J.
10	Juan Fernando Bravo Gomez	obrero	Cons Ganem	Juan Fernando
11	Alfonso Rodriguez	obrero	Cons Ganem	Alfonso
12	Mareliana	dioz	Cons Ganem	Mareliana
13	Luis M cantenas Rinco	obrero	Cons Ganem	Luis M
14	Jesús Santa Dello	carpintero	SEIT SAS	Jesús Santa
15	GUSTAVO RAÚL RAMOS RIVERA	obrero	Cons Ganem	GUSTAVO
16	JULIAN RAMOS	Oficial	Cons Ganem	JULIAN RAMOS
17	ANDRES YANER R	Oficial	Cons Ganem	ANDRES
18	SAIGE LOZANO	Oficial	Cons Ganem	SAIGE LOZANO
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

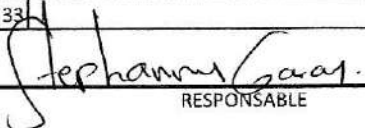

 RESPONSABLE

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN	Cod: SST-F12
		Pag. 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	24/07/2024.	DURACIÓN:	25 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE: Stephanny Garay.			

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☒ INDUCCIÓN ☐ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Inducción de Ingreso.

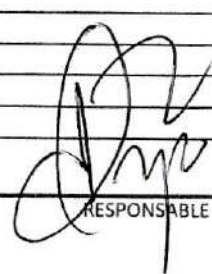
N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	José Emilio Jarama Rios	OFICIAL		José Emilio
2	Juan Berro	OFICIAL		Juan Berro
3	JHON BANQUER	OFICIAL		BANQUER
4	FRANK SUAREZ NARVAEZ	AYUDANTE		Frank Suarez N.
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				


 RESPONSABLE

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Version. 1	
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN		Cod: SST-F12	
Pag. 1 de 1				
PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE			
FECHA:	17/07/2024	DURACIÓN:	70 min	
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE: Stephanny Gray				
DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO			
☒ INDUCCIÓN ☐ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Inducción de ingreso			
N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Juan David Ramas Diaz	obrero		
2	Andres - Luis R	oficial		
3	Yahck Hernandez	obrero		
4	JOFFA N Suarez	obrero		
5	German Perilla	obrero		
6	Ivan Gray	obrero		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

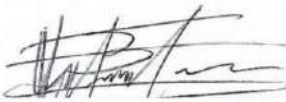

 RESPONSABLE

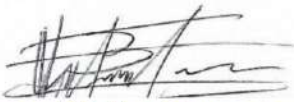
 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Version. 1	
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN		Cod: SST-F12	
Pag. 1 de 1				
PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVENAS, SUCRE			
FECHA:	9 Julio 2024.	DURACIÓN:	30 min.	
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE: Stephanny Garay				
DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO			
☒ INDUCCIÓN ☐ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Inducción de Ingreso			
N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Jesús Gámez Herrera	Ingeniero	Cons. Gámez	Jesús Gámez
2	Alfredo Gámez Salgado	MAESTRO	Cons Gámez	Alfredo Gámez
3	SERGE LOZANO	Oficial	Cons Gámez	SERGE LOZANO
4	Julian RAMOS	Oficial	Cons Gámez	Julian RAMOS
5	Rafael Dorio Cealle	Topógrafo	Sertel	Rafael Dorio Cealle
6	Jesús Daniel Suárez	Auxiliar topógrafo	Sertel	Jesús Suárez
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				


 RESPONSABLE

Anexo 8, Concepto medico de las evaluaciones medicas de ingreso, registro de seguimiento de exámenes licencia de salud ocupacional de la IPS y médico ocupacional, certificado de habilitación)

8.1 Evaluaciones medicas ocupacionales de ingreso personal directo

 SOLMEDIC INTEGRAL Soluciones Médicas a tu Alcance	SOLMEDIC INTEGRAL SAS DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76 TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428 email:solmedic.integral@hotmail.com	0521/460 
CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO		
Ciudad : <u>Monteria</u> Fecha del certificado : <u>22/06/2024</u> Certificado para: CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE Ingreso <u>X</u> Reintegro <u> </u> Egreso <u> </u>		
1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:		
Nombres: <u>CARLOS ALBERTO</u> Apellidos: <u>CORTES VALERO</u> Cédula de ciudadanía N° :<u>79.688.911</u> Sexo: Femenino: <u> </u> Masculino: <u>X</u> Cargo al que aspira / en el que se desempeña: <u>INGENIERO RESIDENTE</u> Edad: <u>48</u> años		
2. Exámenes elaborados: Examen de ingreso ocupacional, con énfasis osteomuscular.		
3. Concepto: El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) <u>MANUEL BERRIO ALVARADO</u>, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es: Apto sin patología <u> </u> Apto con patología que no interfieren con su trabajo normal <u>X</u> Apto con restricciones que limitan su trabajo normal <u> </u> Aplazado <u> </u> No Apto <u> </u>		
4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales: ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.		
5. Restricciones Médicas Ocupacionales: NINGUNA		
La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.		
 Firma - Médico Ocupacional RM 726 LSO 384		 Firma del trabajador

 SOLMEDIC INTEGRAL Soluciones Médicas a tu Alcance	SOLMEDIC INTEGRAL SAS DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76 TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428 email:solmedic.integral@hotmail.com	0521/457 
CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO		
Ciudad : <u>Monteria</u> Fecha del certificado : <u>22/06/2024</u> Certificado para: CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE Ingreso <u>X</u> Reintegro <u> </u> Egreso <u> </u>		
1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:		
Nombres: <u>DINEY PAMELA</u> Apellidos: <u>OSPINO JIMENEZ</u> Cédula de ciudadanía N° :<u>1.067.920.553</u> Sexo: Femenino: <u>X</u> Masculino: <u> </u> Cargo al que aspira / en el que se desempeña: <u>DIRECTORA OBRA</u> Edad: <u>32</u> años		
2. Exámenes elaborados: Examen de ingreso ocupacional, con énfasis osteomuscular.		
3. Concepto: El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) <u>MANUEL BERRIO ALVARADO</u>, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es: Apto sin patologia <u> </u> Apto con patologia que no interfieren con su trabajo normal <u>X</u> Apto con restricciones que limitan su trabajo normal <u> </u> Aplazado <u> </u> No Apto <u> </u>		
4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales: ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.		
5. Restricciones Médicas Ocupacionales: NINGUNA		
La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.		
 Firma - Médico Ocupacional RM 726 LSO 384		 Firma del trabajador

8.2 Evaluaciones medicas ocupacionales de ingreso personal subcontratado

 SOIT S.A.S INT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM S A S			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO			FECHA	JULIO 13 2024
CEDULA	1.193.043.889	EDAD	22	HORA	06:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	COOSALUD	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS								FOTO	
	N	A		N	A		N		A
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL			
GLICEMIA			BK			LDL			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X		
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL						
GOT-GPT			RX DE TORAX						
CREATININA			EKG						
BUN			V. PSICOLOGICA						
VDRL			OPTOMETRIA						
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA						

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION		
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS
ESPACIOS CONFINADOS		

RECOMENDACIONES		
LENTES PROTECCION UV	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS
LENTES PARA CERCA		CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES

 Fernando Garcia Garcia MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO 1.193.043.889
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S INT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM SAS			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	ANDRES SEGUNDO YANES RINCON			FECHA	JULIO 16 2024
CEDULA	78713047	EDAD	51	HORA	7:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	CAJACOPI	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS						FOTO	
	N	A		N	A		
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL	
GLICEMIA			BK			LDL	
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL				
GOT-GPT			RX DE TORAX				
CREATININA			EKG				
BUN			V. PSICOLOGICA				
VDRL			OPTOMETRIA				
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA				



POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

 Fernando Garcia Garcia MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	ANDRES SEGUNDO YANES RINCON 78713047
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S INT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM S A S		CIUDAD	TOLU	
NOMBRE	CARLOS ALBERTO MARTINEZ MENDOZA		FECHA	JULIO 13 2024	
CEDULA	1.131.104.220	EDAD	22	HORA	06:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	COOSALUD	ARL			

TIPO DE EXAMEN			
INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO

EXAMENES RELIZADOS						FOTO
	N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			
GLICEMIA			BK			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL			
GOT-GPT			RX DE TORAX			
CREATININA			EKG			
BUN			V. PSICOLOGICA			
VDRL			OPTOMETRIA			
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA			

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION		
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS
ESPACIOS CONFINADOS		

RECOMENDACIONES		
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES

 Fernando Garcia Garcia MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	CARLOS ALBERTO MARTINEZ MENDOZA 1.131.104.220
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S INT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM SAS			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS			FECHA	JULIO 16 2024
CEDULA	1005708688	EDAD	28	HORA	7:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	NUEVA EPS	ARL			

TIPO DE EXAMEN			
INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO

EXAMENES RELIZADOS						FOTO
	N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			
GLICEMIA			BK			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL			
GOT-GPT			RX DE TORAX			
CREATININA			EKG			
BUN			V. PSICOLOGICA			
VDRL			OPTOMETRIA			
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA			

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION		
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS
ESPACIOS CONFINADOS		

RECOMENDACIONES		
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES

 Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS 1005708688
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S INT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM S A S		CIUDAD	TOLU	
NOMBRE	GUSTABO ADOLFO RAMOS DIAZ		FECHA	JULIO 13 2024	
CEDULA	1.131.110.304	EDAD	27	HORA	8:30 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	SALUD TOTAL		ARL		

TIPO DE EXAMEN			
INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO

EXAMENES RELIZADOS						FOTO	
	N	A		N	A		
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL	
GLICEMIA			BK			LDL	
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL				
GOT-GPT			RX DE TORAX				
CREATININA			EKG				
BUN			V. PSICOLOGICA				
VDRL			OPTOMETRIA				
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA				

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION		
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS
ESPACIOS CONFINADOS		

RECOMENDACIONES		
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES

 Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	GUSTABO ADOLFO RAMOS DIAZ 1.131110304
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S UIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM SAS			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	IVAN DARIO GARAY GLORIA			FECHA	JULIO 16 2024
CEDULA	1193142465	EDAD	21	HORA	7:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	FAMILIAR DE COLOMBIA		ARL		

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS						FOTO	
	N	A		N	A		
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL	
GLICEMIA			BK			LDL	
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL				
GOT-GPT			RX DE TORAX				
CREATININA			EKG				
BUN			V. PSICOLOGICA				
VDRL			OPTOMETRIA				
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA				

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

 Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	IVAN DARIO GARAY GLORIA 1193142465
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S UIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM SAS			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	JUAN DAVID RAMOS DIAZ			FECHA	JULIO 16 2024
CEDULA	1131111481	EDAD	25	HORA	7:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	CAJACOPI	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS						FOTO
	N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			
GLICEMIA			BK			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL			
GOT-GPT			RX DE TORAX			
CREATININA			EKG			
BUN			V. PSICOLOGICA			
VDRL			OPTOMETRIA			
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA			

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

 Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	JUAN DAVID RAMOS DIAZ 1131111481
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S UIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM S A S		CIUDAD	TOLU	
NOMBRE	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO		FECHA	JULIO 13 2024	
CEDULA	1.131.108.111	EDAD	31	HORA	06:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	NUEVA EPS	ARL			

TIPO DE EXAMEN			
INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO

EXAMENES RELIZADOS						FOTO	
	N	A		N	A		
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL	
GLICEMIA			BK			LDL	
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL				
GOT-GPT			RX DE TORAX				
CREATININA			EKG				
BUN			V. PSICOLOGICA				
VDRL			OPTOMETRIA				
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA				

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION		
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS
ESPACIOS CONFINADOS		

RECOMENDACIONES		
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES

 Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO 1.131.108.111
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S UIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM SAS			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA			FECHA	JULIO 16 2024
CEDULA	15.029.586	EDAD	54	HORA	6:50 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	FAMILIAR DE COLOMBIA	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS						FOTO	
	N	A		N	A		
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL	
GLICEMIA			BK			LDL	
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL				
GOT-GPT			RX DE TORAX				
CREATININA			EKG				
BUN			V. PSICOLOGICA				
VDRL			OPTOMETRIA				
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA				



POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

 Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA 15.029.586
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S INT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM S A S			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	MARCELIANO DIAZ TORDECILLA			FECHA	JULIO 13 2024
CEDULA	71.980.964	EDAD	51	HORA	06:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	COOSALUD	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS								FOTO	
	N	A		N	A		N		A
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL			
GLICEMIA			BK			LDL			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X		
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL						
GOT-GPT			RX DE TORAX						
CREATININA			EKG						
BUN			V. PSICOLOGICA						
VDRL			OPTOMETRIA						
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA						

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO			X
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19			X
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	X	NO

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION		
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS
ESPACIOS CONFINADOS		

RECOMENDACIONES		
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION CIRUGIA POR SU EPS
LENTES PARA CERCA		CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES

 Fernando Garcia Garcia MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	MARCELIANO DIAZ TORDECILLA 71.980.964
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S UIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM SAS			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ			FECHA	JULIO 16 2024
CEDULA	1003561521	EDAD	25	HORA	7:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	NUEVA EPS	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS						FOTO	
	N	A		N	A		
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL	
GLICEMIA			BK			LDL	
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL				
GOT-GPT			RX DE TORAX				
CREATININA			EKG				
BUN			V. PSICOLOGICA				
VDRL			OPTOMETRIA				
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA				

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

 Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ 1003561521
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S INT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM SAS			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	YOFRAN ANDRES SUAREZ ALVIS			FECHA	JULIO 16 2024
CEDULA	1.131.104.539	EDAD	24	HORA	6:30 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS				ARL	

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS						FOTO
	N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			
GLICEMIA			BK			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL			
GOT-GPT			RX DE TORAX			
CREATININA			EKG			
BUN			V. PSICOLOGICA			
VDRL			OPTOMETRIA			
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA			

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

 Fernando Garcia Garcia MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	YOFRAN ANDRES SUAREZ ALVIS 1.131.104.539
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOIT S.A.S INT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017
---	---	----------------------------

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSTRUCTORA GANEM SAS			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	FRANK ALBERTO SUÁREZ NARVÁEZ			FECHA	JULIO 16 2024
CEDULA	1131109894	EDAD	28	HORA	8:40 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AYUDANTES DE OBRA				
EPS	SALUD TOTAL		ARL		

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS						FOTO	
	N	A		N	A		
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA	
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL	
GLICEMIA			BK			LDL	
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL				
GOT-GPT			RX DE TORAX				
CREATININA			EKG				
BUN			V. PSICOLOGICA				
VDRL			OPTOMETRIA				
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA				



POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES			
	APTO	NO APTO	N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X		
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO			X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO			X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS			X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS			X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS			X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X		
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI	NO	X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI	NO	X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PROTECCION UV	X	CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

 Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	FRANK ALBERTO SUÁREZ NARVÁEZ 1131109894
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

Dirección: CRA 5 N° 15 – 45 Tolú, Sucre –Teléfono: 288 2519 – Móvil: 313 567 5691, 300 8467329

 SOLMEDIC INTEGRAL Soluciones Médicas a tu Alcance	SOLMEDIC INTEGRAL SAS DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76 TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428 email:solmedic.integral@hotmail.com	0521/606 
CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO		
Ciudad : <u>Monteria</u> Fecha del certificado : <u>06/07/2024</u> Certificado para: CONSTRUCTORA GANEM S.A.S Ingreso <u>X</u> Reintegro <u> </u> Egreso <u> </u>		
1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:		
Nombres: <u>JESUS ALBERTO</u> Apellidos: <u>GANEM HERRERA</u> Cédula de ciudadanía N° : <u>1.067.959.509</u> Sexo: Femenino: <u> </u> Masculino: <u>X</u> Cargo al que aspira / en el que se desempeña: <u>INGENIERO CIVIL</u> Edad: <u>26</u> años		
2. Exámenes elaborados: Examen de ingreso ocupacional con énfasis osteomuscular.		
3. Concepto: El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) <u>MANUEL BERRIO ALVARADO</u>, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es: Apto sin patología <u> </u> Apto con patología que no interfieren con su trabajo normal <u>X</u> Apto con restricciones que limitan su trabajo normal <u> </u> Aplazado <u> </u> No Apto <u> </u>		
4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales: ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.		
5. Restricciones Médicas Ocupacionales: NINGUNA		
La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.		
 Firma - Médico Ocupacional RM 726 LSO 384		 Firma del trabajador



SOLMEDIC INTEGRAL SAS

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76

TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428

email:solmedic.integral@hotmail.com

0521/604



CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria

Fecha del certificado : 06/07/2024

Certificado para: **CONSTRUCTORA GANEM S.A.S**

Ingreso X Reintegro Egreso

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JORGE LUIS Apellidos: LOZANO JIMENEZ

Cédula de ciudadanía N° : 1.067.863.405

Sexo: Femenino: Masculino: X

Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL

Edad: 39 años



2. Exámenes elaborados: Examen de ingreso ocupacional con énfasis osteomuscular.

3. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto sin patología Apto con patología que no interfieren con su trabajo normal X

Apto con restricciones que limitan su trabajo normal

Aplazado No Apto

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional

RM 726 LSO 384



Jorge Lozano

Firma del trabajador

 SOLMEDIC INTEGRAL Soluciones Médicas a tu Alcance	SOLMEDIC INTEGRAL SAS DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76 TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428 email:solmedic.integral@hotmail.com	0521/603 
CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO		
Ciudad : <u>Monteria</u> Fecha del certificado : <u>06/07/2024</u> Certificado para: CONSTRUCTORA GANEM S.A.S Ingreso <u>X</u> Reintegro <u> </u> Egreso <u> </u>		
1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:		
Nombres: <u>JULIAN DAVID</u> Apellidos: <u>RAMOS PEREZ</u> Cédula de ciudadanía N° : <u>3.838.196</u> Sexo: Femenino: <u> </u> Masculino: <u>X</u> Cargo al que aspira / en el que se desempeña: <u>OFICIAL</u> Edad: <u>41</u> años		
2. Exámenes elaborados: Examen de ingreso ocupacional con énfasis osteomuscular.		
3. Concepto: El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) <u>MANUEL BERRIO ALVARADO</u>, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es: Apto sin patología <u> </u> Apto con patología que no interfieren con su trabajo normal <u>X</u> Apto con restricciones que limitan su trabajo normal <u> </u> Aplazado <u> </u> No Apto <u> </u>		
4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales: ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.		
5. Restricciones Médicas Ocupacionales: NINGUNA		
La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.		
 Firma - Médico Ocupacional RM 726 LSO 384		<u>Julian Ramos</u> Firma del trabajador

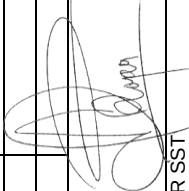
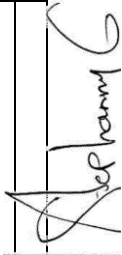
 SOLMEDIC INTEGRAL Soluciones Médicas a tu Alcance	SOLMEDIC INTEGRAL SAS DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76 TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428 email:solmedic.integral@hotmail.com	0521/602 
CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO		
Ciudad : <u>Monteria</u> Fecha del certificado : <u>06/07/2024</u> Certificado para: CONSTRUCTORA GANEM S.A.S Ingreso <u>X</u> Reintegro <u> </u> Egreso <u> </u>		
1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:		
Nombres: <u>LUIS ALBERTO</u> Apellidos: <u>GANEM SALGADO</u> Cédula de ciudadanía N° : <u>78.702.410</u> Sexo: Femenino: <u> </u> Masculino: <u>X</u> Cargo al que aspira / en el que se desempeña: <u>MAESTRO DE OBRA</u> Edad: <u>54</u> años		
2. Exámenes elaborados: Examen de ingreso ocupacional con énfasis osteomuscular.		
3. Concepto: El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) <u>MANUEL BERRIO ALVARADO</u>, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es: Apto sin patología <u> </u> Apto con patología que no interfieren con su trabajo normal <u>X</u> Apto con restricciones que limitan su trabajo normal <u> </u> Aplazado <u> </u> No Apto <u> </u>		
4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales: ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.		
5. Restricciones Médicas Ocupacionales: NINGUNA		
La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.		
 Firma - Médico Ocupacional RM 726 LSO 384		 Firma del trabajador

 SOLMEDIC INTEGRAL Soluciones Médicas a tu Alcance	SOLMEDIC INTEGRAL SAS DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76 TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428 email:solmedic.integral@hotmail.com	0521/605 
CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO		
Ciudad : <u>Monteria</u> Fecha del certificado : <u>06/07/2024</u> Certificado para: CONSTRUCTORA GANEM S.A.S Ingreso <u>X</u> Reintegro <u> </u> Egreso <u> </u>		
1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:		
Nombres: <u>FERNANDO ANTONIO</u> Apellidos: <u>SUAREZ PADILLA</u> Cédula de ciudadanía N° : <u>1.064.980.247</u> Sexo: Femenino: <u> </u> Masculino: <u>X</u> Cargo al que aspira / en el que se desempeña: <u>AYUDANTE</u> Edad: <u>28</u> años		
2. Exámenes elaborados: Examen de ingreso ocupacional con énfasis osteomuscular.		
3. Concepto: El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) <u>MANUEL BERRIO ALVARADO</u>, médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es: Apto sin patología <u> </u> Apto con patología que no interfieren con su trabajo normal <u>X</u> Apto con restricciones que limitan su trabajo normal <u> </u> Aplazado <u> </u> No Apto <u> </u>		
4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales: ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.		
5. Restricciones Médicas Ocupacionales: NINGUNA		
La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.		
 Firma - Médico Ocupacional RM 726 LSO 384		 Firma del trabajador

8.3 Registro de seguimiento de exámenes directos y subcontratado

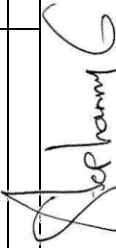
PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA ACTUALIZACION	30/07/2024

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	FERNANDO SUAREZ PADILLA	1064980247	6/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
2	JESUS GANEM HERRERA	1067959509	6/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
3	JORGE LUIS LOZANO JIMENEZ	1067863405	6/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
4	JULIAN DAVID RAMOS PEREZ	3836196	6/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
8	JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ	1003655506	PENDIENTE			
9	ALBERTO ENRIQUE JARABA SUAREZ	1007245323	PENDIENTE			
10	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	PENDIENTE			
11	MARCELIANO DIAZ TORCEDILLA	71980964	13/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
12	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	13/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
13	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	13/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
14	GUSTABO RAMOS DÍAZ	1131110304	13/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
15	CARLOS MARTÍNEZ MENDOZA	1131104220	13/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
16	LUIS ALBERTO GANEM SALGADO	78702410	PENDIENTE			APTO SIN RESTRICCIÓN
17	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	16/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
18	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688	16/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
19	JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1131111481	16/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
20	YOFRAN ANDRES SUAREZ ALVIS	1131104539	16/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
21	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	16/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
22	ANDRES SEGUNDO YANEZ RINCON	78713047	16/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
23	IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142465	16/07/024			APTO SIN RESTRICCIÓN
24	FRANK ALBERTO SUAREZ NARVAEZ	1131109894	16/07/2024			APTO SIN RESTRICCIÓN
25						
26						
27						
28						



FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

 CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES				Version. 1 Cod: SST-F21 Pag. 1 de 1	
PROYECTO:		CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE					
FECHA ACTUALIZACION		30/07/2024					
No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones	
1	CARLOS ALBERTO CORTES VALERO	79.688.911	22/06/2024				
2	STEPHANNY GARAY SALGADO	1.131.104.122	POR PROGRAMAR				
3	PAMELA OSPINO JIMENEZ	1.067.920.553	22/06/2024				
4	KAROLAY CARABALLO REYES	1.069.496.540	POR PROGRAMAR				
5	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1.131.107.171	POR PROGRAMAR				
6	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50.909.828	POR PROGRAMAR				
7	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1.047.393.966	POR PROGRAMAR				
8	SALGADO PADILLA LUIS EDUARDO	1.067.280.132	POR PROGRAMAS				
9	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI	9.074.773	POR PROGRAMAS				
10	TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL	92.229.788	POR PROGRAMAS				
11	NAYALIBE MANJARREZ ELJACH	1.067.943.743	POR PROGRAMAS				
12	LUIS DANIEL PUERTAS DIAZ	1.140.898.636	POR PROGRAMAS				
13	EUCLIDES MANUEL MONTERROSOSA	92.496.761	POR PROGRAMAS				
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
 Stephanny G		 FIRMA AUXILIAR SST					
FIRMA COORDINADOR SST		FIRMA AUXILIAR SST					

8.4 Documento médico y IPS (LS Y HABILITACIÓN)

RESOLUCIÓN No. 384 DEL 8 DE FEBRERO DE 2021

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL ATLÁNTICO SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

“POR MEDIO DEL CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO”

La Suscrita Secretaria de Salud del Departamento del Atlántico, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por la Resolución No.4502 del 28 de diciembre de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social ,

CONSIDERANDO

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No.4502 del 28 de diciembre de 2012, por la cual reglamentó el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional y se dictan otras disposiciones.

Que el artículo 1° de la Resolución No.4502 de 2012, menciona que están a cargo de las Secretarías Seccionales y Distritales de Salud, la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, definidos por el artículo 1° de la Ley 1562 de 2012, previo el cumplimiento de los requisitos y procedimiento señalados en la precitada resolución.

Que la citada Resolución, en su artículo 2°, expone los requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional.

Que **MANUEL FRANCISCO BERRIO ALVARADO**, quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **85.459.385**, expedida en Santa Marta (Magdalena), en su calidad de **ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**, título conferido por la **UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**, ha solicitado licencia para la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo.

Que, revisada la documentación presentada por la solicitante, esta Secretaría emite concepto favorable para la expedición de la Licencia de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, como **PERSONA NATURAL**, a **MANUEL FRANCISCO BERRIO ALVARADO**, quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **85.459.385**.

Que el artículo 4° de la resolución indica que se le reconocerá y renovará la Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo a los profesionales universitarios con posgrado en salud ocupacional, a los profesionales universitarios en un área de salud ocupacional, a los tecnólogos en salud ocupacional y técnicos en salud ocupacional.

Que el artículo 6° de la mencionada Resolución No.4502 de 2012, señala que las licencias otorgadas tendrán carácter personal e intransferible y validez en todo el territorio nacional, por una vigencia de diez (10) años y podrán ser renovadas por un término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación.

Que el artículo 7° ibídem, menciona que en ningún caso la expedición de la licencia de salud ocupacional podrá tener costo y que ésta se emitirá de manera gratuita en todo el territorio nacional.



NIT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

Calle 40 45-46 Barranquilla, Atlántico | Tel. (57)(5)330 7000
Línea Gratuita 01 8000 425 888 | gobernador@atlantico.gov.co



Atlántico para la Gente

atlantico.gov.co

Que la documentación presentada por el solicitante, lo acredita para obtener Licencia para la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo, en las áreas de: Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación de Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Investigación en área Técnica, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: CONCEDER RENOVACIÓN DE LICENCIA para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo como **ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**, a **MANUEL FRANCISCO BERRIO ALVARADO**, quien se identifica con cedula de ciudadanía No. **85.459.385**, en las siguientes áreas: Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación de Accidente de Trabajo, Educación, Capacitación, Investigación en área Técnica, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo.

ARTÍCULO SEGUNDO: La licencia se concede por el término de vigencia de diez (10) años contados a partir de la expedición de la presente Resolución, la cual es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTÍCULO TERCERO: Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria declarada en todo el territorio nacional mediante Resolución 385 de 2020, prorrogada por medio de las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020 y, a lo establecido en el Decreto 154, 160, 320 y 386 de 2020, expedido por la Gobernadora del Departamento del Atlántico, se hace necesario notificar y dar a conocer electrónicamente el contenido del presente acto administrativo.

ARTÍCULO CUARTO: Contra la presente Resolución procede los recursos de ley, dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, de conformidad con el **artículo 76 de la Ley 1437 del 2011 y al art 13 de la ley 4502 del 2012**. Dicho recurso deberá interponerse y sustentarse por escrito enviándose al correo electrónico saludocupacional@atlantico.gov.co.

Dada en Barranquilla, a los 8 días del mes de Febrero del 2021

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE



ALMA SOLANO SANCHEZ

Secretaria de Salud Departamental del Atlántico

Elaboro: Jefferson Fonseca Gale – Profesional
Proyectó: francisco uribe – jurídica secretaria de salud
Reviso: Eloina Goenaga Jiménez. – Subsecretaria Salud Pública Atlántico
Reviso: Freddy García González– Profesional Especializado
Reviso: Katherine González – Jurídica – Secretaria de salud Departamental