PLAN DE MANEJO DE ANTICIPO

CONTRATO No.:	LP-018-2023	**OBJETO:**	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
RELACIÓN No.:	04	**E-MAIL:**	consorciocmohospitalsucre@gmail.com
FECHA:	18 de septiembre de 2024	**PLAZO:**	DIECIOCHO (18) MESES
CONTRATISTA:	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	**VALOR CONTRATO:**	$ 34.420.762.624,00
NIT:	901.811.441-3	**% ANTICIPO:**	20%
DIRECCIÓN:	Calle 42 No.7-40 Local 1	**VALOR ANTICIPO:**	**$ 6.884.152.524,80**
		DEPARTAMENTO DE SUCRE - DESCUENTO RET. IMPUESTO LEY 418/97 5%:	$ 344.207.626,00
		DEPARTAMENTO DE SUCRE - VALOR PAGADO ORDEN No. 2041 (15 ago 2024):	**$ 6.539.944.899,00**

No.	CONCEPTO	100,00%	VALOR	VALOR ACUMULADO
1.0	Compra de materiales e insumos consumibles, equipos menores, herramientas de obra, dotación personal, señalización y valla informativa	43,77%	$ 2.532.277.210,00	$ 2.532.277.210,00
2.0	Transporte y alquiler de maquinaria	43,25%	$ 2.828.511.290,00	$ 5.360.788.500,00
3.0	Pago de Mano de Obra, nómina personal, seguridad social y parafiscales	12,98%	$ 1.179.156.399,00	**$ 6.539.944.899,00**
	VALOR DE GASTOS EN LA PRESENTE RELACIÓN		**$ 6.539.944.899,00**	

NAYALIBE ELJACH MANJARREZ
REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

HUGO HERNÁN HERRERA GONZÁLEZ
REPRESENTANTE LEGAL INTERVENTORÍA
CONSORCIO INTERHOSPITAL COVEÑAS 2024

Tabla 20. Plan de Inversión de Anticipo (Modificación 1)

7. CONTROL DE CALIDAD

En el anexo correspondiente al presente informe se incluyen los certificados de calidad del cemento, polietileno, tubería a presión, accesorios de presión, tubería sanitaría y ventilación, uniones mecánicas, protocolo de calidad y especificaciones de equipos acero nuevo y los ensayos de laboratorio realizados en el periodo.

7.1. ENSAYOS DE LABORATORIOS

Se hace entrega a la interventoría de los certificados de conformidad, resultados de los ensayos de resistencia a la comprensión de cilindros en concreto, así como las acreditaciones del laboratorio.

Para la ejecución de las actividades en concreto, se realizan mínimo dos muestras de concreto por cada 7m3 de concreto para ensayos de compresión con 4 testigos cada una, a fin de establecer el módulo de resistencia a los 7, 14 y 28 días. Ver Anexo 8



Fotografía 1. Toma de muestras de concreto en sitio



Fotografía 2. Disposición de cilindros en sitio

8. PLAN DE GESTIÓN EN SST

En el presente informe de seguimiento a las actividades planificadas o programadas en el Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2024 al 30 de septiembre de 2024 para el proyecto "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE" y supervisado por la SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA DEPARTAMENTAL

RECURSO HUMANO (LISTADO PERSONAL VINCULADO - AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (EPS, ARL, AFP):

Se da cumplimiento a los requisitos contractuales y normatividad vigente; con el fin de que todo el personal que labora en el proyecto, este vinculado a seguridad social integral (ARL, AFP, EPS Y CCF) (ley 100 de 1993), la cual garantiza que cada trabajador tenga cobertura en caso de sufra una eventualidad en términos de salud, pérdida de empleo y otros. *Ver anexo 6. informe SST*

PAGO DE APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:

El contratista presenta planilla de seguridad social del personal directo y subcontratado, correspondiente al mes de agosto 2024; teniendo en cuenta las fechas establecidas por el decreto 1990 de 2016, con el fin de garantizar la cobertura y asistencia médica a los trabajadores en caso de una.

El contratista presenta mantiene vinculado al personal a su cargo como consta en la planilla de pago del periodo correspondiente al presente informe. *(Ver **ANEXO 1. Control de Seguridad Social y Parafiscales**)*

MANEJO ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA

Se presentaron durante el periodo del presente informe dos (2) accidentes de trabajo. Así mismos se registra ausentismo diecisiete (17) días laboral por Incapacidad medica general y accidente de trabajo según Resolución 0312 de 2019 y decreto 1072 de 2015. *Ver informe SST. Anexo 6*

ENTREGA DE DOTACIONES Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

En el presente periodo se hace entrega de la dotación y los diferentes elementos de protección personal, de acuerdo a los controles establecidos en la matriz de

identificación del peligro evaluación y valoración de los riesgos. *Ver informe SST. Anexo 6.*

9. ASPECTO AMBIENTAL

Con el fin de prevenir, mitigar y/o compensar cualquier afectación al medio ambiente, y evitar daños futuros a la comunidad, en el ámbito socio económico, y cultural, se realiza un seguimiento a las fichas de manejo ambiental.
El Consorcio CMO en aras de mantener una buena relación con interventoría del proyecto, mensualmente se compromete a rendir informes de la gestión ambiental que le concierne a este tipo de contrato de obra civil.

Este diagnóstico permite establecer la situación ambiental en las áreas de influencia, antes de la ejecución de los trabajos a manera de punto inicial de referencia, para poder monitorear posteriormente los posibles impactos ambientales a causa de la realización del Proyecto.

Teniendo en cuenta las características, se incluyó:
- El medio abiótico
- El medio biótico
- Medio socioeconómico

*(ver **ANEXO 7. Informe Ambiental**)*

10. ASPECTO SOCIAL

El PGS, es el conjunto de actividades interinstitucionales y comunitarias que identifican los posibles cambios y transformaciones del entorno ambiental, social y económico de los habitantes, generados como resultado de la ejecución del proyecto. Dicho plan define las estrategias de acción para crear las condiciones que permitan cambios en las comunidades y en las administraciones locales y regionales dentro de un contexto de sostenibilidad ambiental y recibir los beneficios socioeconómicos esperados con ocasión del proyecto.

El objetivo principal del PGS será brindar acompañamiento Social y comunitario para el fortalecimiento social, económico y ambiental, de los actores sociales identificados por el profesional social durante la ejecución del proyecto, mediante la implementación de programas que se desarrollaran de manera transversal a la ejecución del proyecto, orientados a reducir y mitigar los impactos generados por las obras civiles, dentro de los programas a implementar se tienen:

Programa de información y divulgación.
Programa atención al ciudadano.

Programa organización social y participación ciudadana.
Programa generación de ingresos
Programa de sostenibilidad.

Las medidas de manejo para la gestión Social estuvieron encaminadas a dar viabilidad y obtener mejores resultados a partir de utilizar los apoyos institucionales necesarios para estimular la participación de las comunidades. *Ver* ***ANEXO 5. Informe Social***

11. ESTADO DEL TIEMPO

CLASE DE TIEMPO																																
MES	SEPTIEMBRE																															
DIA	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	1	2
CLASE DE TIEMPO																																
Seco	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X			X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X		X		
Lluvias moderadas							X							X		X				X					X							
Lluvias intensas						X			X			X																				

Tabla 21. Estado del Tiempo

*Ver **ANEXO 3. ESTADO DEL TIEMPO***

12. INCONVENIENTES PRESENTADOS

Hasta la fecha de presentación del presente informe no se han evidenciado inconvenientes

13. REGISTRO FOTOGRÁFICO

Ver anexo Correspondiente

NOMBRE RESIDENTE DE OBRA **DINEY PAMELA OSPINO JIMÉNEZ** **ARQUITECTA**	**FIRMA** 
NOMBRE DEL DIRECTOR DE OBRA **JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA** **ARQUITECTA**	**FIRMA** 

ANEXOS:

ANEXO 1. CONTROL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PERSONAL PROFESIONAL, TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

ANEXO 2. CONTROL DE MAQUINARIA Y EQUIPOS DEL CONTRATISTA

ANEXO 3. ESTADO DEL TIEMPO

ANEXO 4. INFORMES SEMANALES

ANEXO 5. INFORME SOCIAL.

ANEXO 6. INFORME DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ANEXO 7. INFORMES DE GESTION AMBIENTAL

ANEXO 8. CONTROL DE CALIDAD

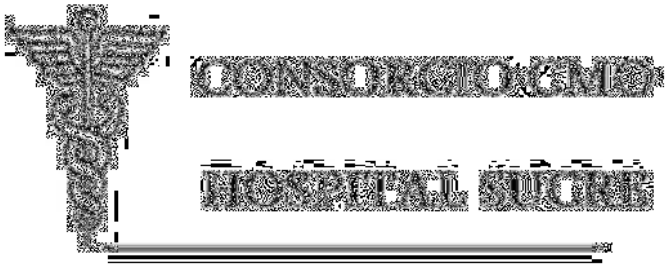
CERTIFICADO DE CALIDAD DE MATERIALES

ENSAYOS DE RESISTENCIA A LA COMPRESIÓN DE CILINDROS DE CONCRETO

CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE EQUIPOS

ANEXO 9. BITACORA DE OBRA

ANEXO 10. REGISTRO FOTOGRÁFICO



INFORME DE SEGUIMIENTO SOCIAL
SEPTIEMBRE DE 2024

CONTRATO DE OBRA No. LP018 DE 2023

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

CONTRATISTA
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

INTERVENTORIA
CONSORCIO INTERHOSPITAL 2024

SEPTIEMBRE 30 DE 2024

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN....3
2. ALCANCE....3
3. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO....3
4. PLAN DE GESTIÓN SOCIAL....5
5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES....6
5.1. Proyecto No. 1 Atención a la comunidad (ficha GPY-F-08)....6
5.2. Proyecto No. 2 Información y divulgación a la comunidad (fotos WhatsApp o cualquier otro mecanismo)....7
5.3. Proyecto No. 3 Manejo de la infraestructura de predios y servicios públicos.....8
5.4. Proyecto No. 4 Cultura vial y Participación Comunitaria (Ficha PGS-6.5-22)....9
5.5. Proyecto No 5 Contratación mano de obra (Ficha PGS-6.6-23)....10
6. ANEXO FO TOGRÁF ICO....14

1. INTRODUCCIÓN

El siguiendo documento obedece al informe de seguimiento social periodo de AGOSTO 31 DE 2024- SEPTIEMBRE 30 DE 2024 de la implementación del Programa de Gestión Social del proyecto CONTRATO No. 098 DE 2021 OBJETO: CONTRATO No. LP018 DE 2024 OBJETO: “CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE.

2. ALCANCE

Las medidas de manejo para la implementación de la Gestión Social están encaminadas a dar viabilidad y obtener mejores resultados a partir de utilizar los apoyos institucionales necesarios y del estimula a la participación de las comunidades para el proyecto con objeto: “CONTRATO No. LP018 DE 2024 OBJETO: “CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE”.

3. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

La zona de influencia directa del proyecto es en el casco urbano del municipio de Coveñas en la calle 6 con carrera 25 esquina, predio denominado Caribe. El proyecto del Hospital de Coveñas se emplaza en un lote que goza de una proyección constructiva para edificaciones de uso institucional, sobre un sector que brinda continuidad en su morfología urbana y vial. Además, el lote garantiza la fácil accesibilidad desde cualquier punto de la ciudad, cubriendo un gran radio de acción para satisfacer las necesidades municipales y departamentales de su uso comunitario, en la Ilustración 1 se expone la localización geográfica del municipio de Coveñas en el departamento de Sucre.



***Ilustración 1**. Localización geográfica del municipio de Coveñas.*





Ilustración 2. *Localización especifica del proyecto, vista satelital.*

Tabla 1. *Coordenadas de localización del predio.*

LATITUD	LONGITUD
9°23’41.03”N	75°40’49.01”O

4. PLAN DE GESTIÓN SOCIAL

El Plan de Gestión Social - PGS, es el conjunto de actividades interinstitucionales y comunitarias que identifican los posibles cambios y transformaciones del entorno ambiental, social y económico de los habitantes, generados como resultado de la ejecución del proyecto. Dicho plan define las estrategias de acción para crear las condiciones que permitan cambios en las comunidades y en las administraciones locales y regionales dentro de un contexto de sostenibilidad ambiental y recibir los beneficios socioeconómicos esperados con ocasión del proyecto.

El objetivo principal del PGS será brindar acompañamiento Social y comunitario para el fortalecimiento social, económico y ambiental, de los actores sociales identificados por el profesional social durante la ejecución del proyecto, mediante la implementación de programas que se desarrollaran de manera transversal a la ejecución del proyecto, orientados a reducir y mitigar los impactos generados por las obras civiles, dentro de los programas a implementar se tienen:

Programa de información y divulgación.

Programa atención al ciudadano.
Programa organización social y participación ciudadana.
Programa generación de ingresos
Programa de sostenibilidad.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Las medidas de manejo para la gestión Social estuvieron encaminadas a dar viabilidad y obtener mejores resultados a partir de utilizar los apoyos institucionales necesarios para estimular la participación de las comunidades.

A continuación, se presenta la descripción de actividades por cada programa:

5.1.Proyecto No. 1 Atención a la comunidad (ficha GPY-F-08)

Objetivo: Brindar atención y soporte continuo a la comunidad mediante canales de comunicación accesibles, asegurando la resolución efectiva de inquietudes y la promoción de una relación positiva entre el proyecto y los residentes.

Actividad: Durante el mes, se implementaron las siguientes acciones para la atención de la comunidad:

5.1.1. Se mantuvo un servicio de atención telefónica para resolver dudas y recibir feedback de los residentes. Las llamadas fueron atendidas por personal capacitado para brindar respuestas adecuadas y garantizar que las solicitudes fueran dirigidas a las áreas correspondientes para su resolución. (parte social).

5.1.2. Se realizaron visitas casa a casa y se aplicó una encuesta de satisfacción a la comunidad, con el fin de evaluar su percepción sobre los avances de la obra y su impacto en el entorno.

5.1.3. En la reunión con la presidenta de la Junta de Acción Comunal, se revisó el estado del personal ingresado a la obra, destacando la entrada de obreros y oficiales, y se discutieron temas relacionados con la organización y asignación de las tareas correspondientes para asegurar una adecuada gestión del equipo.

Resultados:

Llamadas: Se proporcionó atención personalizada a través de llamadas telefónicas, mejorando la comunicación y la satisfacción de los residentes.

Los resultados de las encuestas reflejaron una opinión positiva mayoritaria, destacando la transparencia en la comunicación y el esfuerzo en minimizar las molestias generadas por la construcción. Además, se identificaron áreas de mejora que serán trabajadas en fases futuras.

Se implementaron mejoras en la distribución de responsabilidades, asegurando una gestión más eficiente del equipo, lo que impacta positivamente en el avance de la obra y en la satisfacción del personal laboral.

Estas acciones han contribuido a fortalecer la relación entre el proyecto y la comunidad, asegurando que las necesidades y preocupaciones de los residentes sean atendidas de manera eficiente y efectiva.

Tabla 2. *Indicador atención a la comunidad.*

Indicadores de seguimiento
*No se han presentado PQRS de manera formal
*No se han presentado PQRS de predios
* A la fecha no se han presentado afectaciones de predios

5.2. Proyecto No. 2 Información y divulgación a la comunidad (fotos WhatsApp o cualquier otro mecanismo)

El objetivo de las actividades de información y divulgación fue mantener a la comunidad informada sobre los avances del proyecto de construcción del hospital en el Golfo de Morrosquillo, utilizando diversos canales de comunicación para asegurar un alcance amplio y efectivo.

Actividades ejecutadas:

5.2.1. Entrega de Folletos Informativos: Se distribuyeron folletos informativos a la comunidad con el fin de mantener a los residentes actualizados sobre las

actividades del proyecto, las prácticas de manejo de residuos y las próximas iniciativas. Los folletos también incluyeron información sobre la cultura vial y cómo los ciudadanos pueden contribuir a la seguridad y el orden en sus calles.

5.2.2. Actualización de la Cartelera Informativa: La cartelera informativa fue actualizada cada 15 días para asegurar que la comunidad tuviera acceso a la información más reciente sobre el proyecto. Esta cartelera incluyó detalles sobre el progreso de las actividades, recordatorios sobre buenas prácticas y anuncios relevantes para los residentes.

Tabla 3. *Indicador Información y divulgación a la comunidad.*

Indicadores de cumplimiento
_____
ó _____ ó

5.3.Proyecto No. 3 Manejo de la infraestructura de predios y servicios públicos.

5.3.1. Servicios Públicos

Actualmente, en la obra contamos con servicios públicos esenciales, tales como alcantarillado, suministro de energía eléctrica e internet, lo cual facilita el desarrollo de las actividades y garantiza un entorno adecuado tanto para los trabajadores como para las visitas técnicas.

5.3.2. Seguimiento a la Estructura Vial

Tránsito de Vehículos Pesados: Se ha realizado un seguimiento riguroso de la estructura vial utilizada por los vehículos pesados, tales como mixers que transportan concreto, volquetas que retiran material de excavación y camiones que ingresan con acero, A pesar de entradas y salidas de estos vehículos pesados no se han presentado daños en la infraestructura vial, y se utilizan controladores de tráfico en este caso paleteros para controlar la entrada y salida de los mismos y evitar accidentes.

Impacto en Viviendas Aledañas: Se han llevado a cabo visitas en las viviendas aledañas para monitorear el impacto de la construcción. Hasta la fecha, no se han reportado novedades o quejas por parte de los residentes.

5.4.Proyecto No. 4 Cultura vial y Participación Comunitaria (Ficha PGS-6.5-22)

5.4.1. Jornada de Fumigación: En el Parque del Guayabal, etapa 2, se realizó una jornada de fumigación con el objetivo de eliminar la plaga presente y la acumulación de melaza en el área. Esta acción garantiza condiciones sanitarias óptimas y promueve la seguridad de los residentes de la zona, cabe resaltar que en este parque se están haciendo mejoras divididas en partes puesto a que el presupuesto no da para hacerlo todo junto, primero se tuvo la reunión y/o socialización, luego la jornada de limpieza, pero nos dimos cuenta de que había mucha vegetación y había que fumigar, vamos por esa etapa la finalidad es reconstruir el parque para que sea más seguro para los niños.

5.4.2. Reunión Mensual con la Comunidad: Se llevó a cabo una reunión mensual con los miembros de la comunidad para proporcionar actualizaciones sobre el progreso del proyecto y abordar cualquier inquietud o sugerencia. Durante esta reunión, se explicó el avance de las actividades del reclutamiento del personal y se socializaron varias estrategias para el orden de este mismo, esta vez se hizo la visita casa por casa.

5.4.3. Apoyo medico ocupacional: Se organizó una jornada especial para la realización de exámenes médicos de ingreso dirigida a aquellos trabajadores que no habían podido completar este requisito. Durante la jornada, se brindó apoyo logístico y administrativo para asegurar que todos los empleados recibieran la atención adecuada, cumpliendo con los protocolos de seguridad y salud en el trabajo (SST). Este proceso permitió garantizar que el personal ingresara en condiciones óptimas para desempeñar sus funciones dentro de la obra. Como parte del equipo, estuve presente en la jornada ofreciendo apoyo a los trabajadores y al equipo médico, facilitando la coordinación y asegurando que el proceso transcurriera de manera eficiente.

Tabla 4. *Indicador Cultura vial y Participación Comunitaria.*

Indicador	Cantidad Ejecutada	Cantidad Programada	Porcentaje de Cumplimiento
Jornada de Fumigación	1	1	100%
Reunión Mensual con la Comunidad	1	1	100%

5.5.Proyecto No 5 Contratación mano de obra (Ficha PGS-6.6-23).

El objetivo principal de la contratación de mano de obra y las actividades ejecutadas es asegurar una ejecución eficiente y segura de las etapas preliminares del proyecto de construcción del Hospital en el Golfo de Morrosquillo. A su vez, se busca cumplir con los siguientes objetivos:

Optimizar el bienestar económico regional: Generar empleo en las comunidades dentro del área de influencia directa, lo que fortalece la economía local y proporciona ingresos sostenibles.
Fomentar la armonía comunitaria: Evitar conflictos mediante una comunicación abierta y transparente, garantizando que las preocupaciones de la comunidad sean escuchadas y atendidas de manera efectiva.
Promover la inclusión de mano de obra regional: Asegurar que un porcentaje significativo del personal empleado provenga de la zona de influencia directa e indirecta del proyecto, impulsando así el desarrollo económico y social de la región.

Finalmente, se busca integrar de manera adecuada a personal calificado para la ejecución de tareas específicas dentro de la obra, garantizando la cobertura de todos los roles necesarios para asegurar el avance eficiente y la calidad del proyecto.

Actividad: Durante el mes, se llevó a cabo un proceso integral de recepción de hojas de vida y reclutamiento de personal para el proyecto, con la finalidad de cubrir diversos roles en el equipo de trabajo. Las actividades incluyeron:

Reclutamiento de Obreros y Oficiales:

Durante este mes, la mano de obra estuvo compuesta principalmente por obreros y oficiales, quienes desempeñaron labores esenciales en los distintos frentes de trabajo, asegurando el avance constante de la obra.

La mano de obra empleada en el proyecto del mes de septiembre está conformada por un equipo calificado y diverso, que incluye:

17 obreros
3 oficiales
1 maestro

Personal Calificado:

En el transcurso de este mes, no se ha registrado el ingreso de nueva mano de obra calificada, por lo que las actividades se han concentrado en los obreros y oficiales de obra que ya forman parte del proyecto. Hasta el momento, se ha logrado cumplir con el personal mínimo requerido por la entidad contratante.

De acuerdo con lo anterior se tiene el siguiente indicador de cumplimiento:

Tabla 5. *Indicador Contratación mano de obra.*

Indicadores de cumplimiento
Se ha logrado cumplir con el personal mínimo requerido por la entidad contratante.
ó
Tenemos el 75% de la mano de obra no calificada de la región

Clausula 9. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA.

Destinar la ejecución del contrato de mano de obra no calificada de la región en un porcentaje no inferior al 10% de acuerdo con el personal del contratista de obra destinado a la ejecución del contrato.
En todo caso, el 5% de la mano de obra no calificada de la región serán mujeres.

Actualmente, contamos con un 75% de mano de obra no calificada en el proyecto, lo que nos permite dar cumplimiento a lo establecido en la Cláusula 9 del contrato, que exige destinar al menos un 10% de la mano de obra no calificada de la región. En cuanto a la mano de obra femenina no calificada, actualmente se registra un 2.63%. No obstante, conforme se vayan programando nuevas actividades en el desarrollo del proyecto, se continuará vinculando a más mujeres para cumplir con el porcentaje establecido en la cláusula, que estipula que al menos el 5% de la mano de obra no calificada de la región debe ser femenina.
Adicionalmente, el contrato exige que al menos el 90% del personal sea colombiano, meta que estamos cumpliendo satisfactoriamente en la ejecución del proyecto.

Por tanto, se evidencia en la siguiente tabla.

MANO DE OBRA NO CALIFICADA: TOTALIDAD 76 PERSONAS.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANIA	CARGO	FECHA DE INGRESO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO
GERMAN PERALTA CARDENAS	1005708688	AYUDANTE	17/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142765	AYUDANTE	17/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
JUAN DAVID RAMOS DÍAZ	1131111481	AYUDANTE	17/07/2024	GUAYABAL	COVEÑAS
YOFRAN SUAREZ ALVIS	1131104530	AYUDANTE	17/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	AYUDANTE	17/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	AYUDANTE	16/07/2024	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS
PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9220020	AYUDANTE	12/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	AYUDANTE	13/07/2024	GUAYABAL	COVEÑAS
ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	8/07/2024	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS
GUSTAVO ADOLFO RAMOS DIAZ	1131110301	AYUDANTE	6/07/2024	GUAYABAL	COVEÑAS
JHON JAIRO BANQUET DONADO	15021529	OFICIAL	24/07/2024	PORVENIR	COVEÑAS
RICARDO JOSÉ MANJARRES PAREJO	1007564070	OFICIAL	14-08-2024	K1 VIA PUERTO	BARRANQUILLA
IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	21 08 2024	BELLAVISTA	COVEÑAS
JORGE FLETCHER CANTILLO GUTIERREZ	1047043732	AYUDANTE	14-08-2024	CRA 8 M2 #57-14	BARRANQUILLA
HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	AYUDANTE	21-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
GABRIEL MORENO LICONA	1072529507	AYUDANTE	14-08-2024	PARCELAS	COVEÑAS
ALDRIN ROBERT VALENCIA	8769402	MAESTRO	14-08-2024	CRA 16 #7-15	BARRANQUILLA
ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	AYUDANTE	14-08-2024	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS
DOMINGUEZ PACHECO MANUEL DE JESUS	8772760	OFICIAL	14-08-2024	C 22 #13-18	BARRANQUILLA
JARUN ARIEL VALENCIA	72212811	MAESTRO	14-08-2024	C 68 E #20-40	BARRANQUILLA
OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE	29 08 2024	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS
JULIO CESSAR ROSSO PEREZ	1072522158	AYUDANTE	14-08-2024	PUNTE PIEDRA	COVEÑAS
EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539619	MAESTRO	16-08-2024	BARRIO URIBE URIBE	SINCELEJO
JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	30-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	MAESTRO	21 08 2024	MANZANA 122 LOT 5	MONTERIA
DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	OFICIAL	16-08-2024	C 10 #15-36	CHINÚ
JAIDER CHAMORRO ESTRADA	92540310	OFICIAL	16-08-2024	TIERRA PROMETIDA	SINCELEJO
ALVARO ANDRES MANJARREZ OVIDIO	1115615548	BODEGUERO	21-08-2024	CRA 26 #3-26	COVEÑAS
ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	AYUDANTE	22 08 2024	EL TIGRE	COVEÑAS
WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	17-08-2024	REPARO	COVEÑAS
JESUS ALBERTO TARRA CORDOBA	1131108265	AYUDANTE	22-08-2024	ASERRRADERO EL TIGRE	COVEÑAS
DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	17-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	25 08 2024	GUAYABAL	COVEÑAS
FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	OFICIAL	03-09-2024	PORVENIR	COVEÑAS
CRISTIAN DAVID MALARRIAGA LADEUS	1072522613	AYUDANTE	25-08-2024	PORVENIR	COVEÑAS
JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA	1131110865	AYUDANTE	21-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
YOVANNY TOUS PEÑATA	15515357	AYUDANTE	03-09-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	1005708736	AYUDANTE	22 08 2024	REPARO	COVEÑAS
KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	1131104778	AYUDANTE	21-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO	1131107808	AYUDANTE	21-08-2024	GUAYABAL	COVEÑAS
CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106581	AYUDANTE	29-08-2024	PARCELAS ALGARROBO	COVEÑAS
JUAN DAVID CORREA HERNANDEZ	1193777765	AYUDANTE	27-08-2024	CALLE 8 CRA 16	COVEÑAS
DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ	7803059M	OFICIAL	17-08-2024	EL FARO 1	MONTERIA
LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ	1131108805	AYUDANTE	21-08-2024	LAS PARCELAS	COVEÑAS
KENER GONZALEZ BANQUET	1007245330	AYUDANTE	29-08-2024	PARCELAS DE ALGARROBO	COVEÑAS
HELIODORO PRADA REGINO	78717284	MAESTRO	17 08 2024	EL FARO CL 101 CRA 96	MONTERIA
JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	MAESTRO	17-08-2024	MANZANA C1-53B	MONTERIA
OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	AYUDANTE	29-08-2024	GUAYABAL	COVEÑAS
JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA	92230393	PLOMERO	04-09-2024	GUAYABAL	COVEÑAS
ELIECER CONEO MARQUEZ	1131104488	PLOMERO	04-09-2024	PARCELAS ALGARROBO	COVEÑAS
ANDRES FELIPE ESPAÑA PINZON	1010092215	AYUDANTE	14-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
JORGE ELIECER CARZON LOPEZ	15082314	PLOMERO	04-09-2024	JOOVAL	COVEÑAS
ADALBERTO DANIEL GOMEZ HERNANDEZ	11154441	OFICIAL	27-08-2024	MONTERIA	MONTERIA
ALBERTO ENRIQUE BARABA SUAREZ	1007245233	AYUDANTE	21-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	OFICIAL DE OBRA	05-09-2024	MONTERIA	MONTERIA
CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA	1104807738	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
DIANA MARIA MURILLO MORENO	50988098	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
ENOC DIAZ ACOSTA	72215503	OFICIAL DE OBRA	14-08-2024	BARRANQUILLA	BARRANQUILLA
EUCLIDES MANUEL MONTERROSA LOPEZ	92496751	MAESTRO DE OBRA	22-08-2024	MONTERIA	MONTERIA
HELMUTH TOUS PEÑATA	73231000	AYUDANTE DE OBRA	01-09-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	85083707	AYUDANTE DE OBRA	29 08 2024	COVEÑAS	COVEÑAS
HOVER LUIS HERRERA TIRADO	78708837	PLOMERO	06-09-2024	MONTERIA	MONTERIA
IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	OPERADOR MINI	01-08-2024	MONTERIA	MONTERIA
JAIRO DE JESUS RODRIGUEZ RAMOS	18857551	AYUDANTE DE OBRA	27 08 2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ	1007663238	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JESUS ANDRES YANEZ CORONADO	1131105153	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034401	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JUAN CARLOS CORREA SEÑA	11033215	AYUDANTE DE PLOMERIA	27 08 2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ	1003655508	AYUDANTE DE OBRA	21-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
KEVIN FUENTES JULIO	1072520244	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
MIGUEL ANGEL RAMOS ALVAREZ	1131104833	AYUDANTE DE OBRA	14 08 2024	COVEÑAS	COVEÑAS
TOMAS ZUÑIGA ARTEAGA	1131108815	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL	92229788	CELADOR	01-07-2021	COVEÑAS	COVEÑAS
WUADITH ANTONIO MIRANDA CORTES	1151188615	OFICIAL DE OBRA	16-08-2024	SINCELEJO	SINCELEJO
ROBERTO ANTONIO AGAMEZ JIMENEZ	1003655736	AYUDANTE DE OBRA	16-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS

MANO DE OBRA NO CALIFICADA DE LA REGIÓN: TOTALIDAD 57

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANIA	CARGO	FECHA DE INGRESO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO
GERMAN PERALTA CARDENAS	1005708688	AYUDANTE	17/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
IVAN DARÍO GARAY GLORIA	1193142465	AYUDANTE	17/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
JUAN DAVID RAMOS DÍAZ	1131111481	AYUDANTE	17/07/2024	GUAYABAL	COVEÑAS
YOFRAN SUAREZ ALVIS	1131104539	AYUDANTE	17/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	AYUDANTE	17/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	AYUDANTE	16/07/2024	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS
PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	AYUDANTE	12/07/2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	AYUDANTE	13/07/2024	GUAYABAL	COVEÑAS
ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	3/07/2024	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS
GUSTAVO ADOLFO RAMOS DIAZ	1131110304	AYUDANTE	6/07/2024	GUAYABAL	COVEÑAS
JHON JAIRO BANQUET DONADO	15621529	OFICIAL	24/07/2024	PORVENIR	COVEÑAS
IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	21-08-2024	BELLAVISTA	COVEÑAS
HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	AYUDANTE	21-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	AYUDANTE	14-08-2024	PARCELAS	COVEÑAS
ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	AYUDANTE	14-08-2024	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS
OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE	29-08-2024	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS
JULIO CESSAR POSSO PEREZ	1072522158	AYUDANTE	14-08-2024	PUNTE PIEDRA	COVEÑAS
JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	30-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
ALVARO ANDRES MANJARREZ OVIDIO	1115615548	BODEGURO	21-08-2024	CRA 28 #3-26	COVEÑAS
ALEXANDER VERGARA CALLEJO	1131108085	AYUDANTE	22-08-2024	EL TIGRE	COVEÑAS
WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	17-08-2024	REPARO	COVEÑAS
JESUS ALBERTO TARRA CORDOBA	1131108265	AYUDANTE	22-08-2024	ASERRRADERO EL TIGRE	COVEÑAS
DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	17-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	25-08-2024	GUAYABAL	COVEÑAS
FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	OFICIAL	05-09-2024	PORVENIR	COVEÑAS
CRISTIAN DAVID MALARRIAGA LADEUS	1072522613	AYUDANTE	25-08-2024	PORVENIR	COVEÑAS
JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA	1131110865	AYUDANTE	21-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
YOVANNY TOUS PEÑATA	15619357	AYUDANTE	03-09-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	1005708736	AYUDANTE	22-08-2024	REPARO	COVEÑAS
KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	1131104278	AYUDANTE	21-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO	1131107808	AYUDANTE	21-08-2024	GUAYABAL	COVEÑAS
CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	AYUDANTE	29-08-2024	PARCELAS ALGARROBO	COVEÑAS
JUAN DAVID CORREA HERNANDEZ	1192777765	AYUDANTE	27-08-2024	CALLE 9 CRA 16	COVEÑAS
LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ	1131108805	AYUDANTE	21-08-2024	LAS PARCELAS	COVEÑAS
KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	AYUDANTE	29-08-2024	PARCELAS DE ALGARROBO	COVEÑAS
OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	AYUDANTE	29-08-2024	GUAYABAL	COVEÑAS
JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA	92230393	PLOMERO	04-09-2024	GUAYABAL	COVEÑAS
ELIECER CONEO MARQUEZ	1131104488	PLOMERO	04-09-2024	PARCELAS ALGARROBO	COVEÑAS
ANDRES FELIPE ESPAÑA PINZON	1010092215	AYUDANTE	14-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
JORGE ELIECER GARZON LOPEZ	15682314	PLOMERO	04-09-2024	JOOVAL	COVEÑAS
ALBERTO ENRIQUE JARABA SUAREZ	1007245223	AYUDANTE	21-08-2024	PUNTA SECA	COVEÑAS
CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA	1104867738	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
DIANA MARIA MURILLO MORENO	50988098	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
HELMUTH TOUS PEÑATA	73231900	AYUDANTE DE OBRA	01-09-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	85083707	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JAIRO DE JESUS RODRIGUEZ RAMOS	18857561	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ	1007663238	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JESUS ANDRES YANEZ CORONADO	1131105153	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JUAN CARLOS CORREA SEÑA	11033215	AYUDANTE DE PLOMERIA	27-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ	1003655506	AYUDANTE DE OBRA	21-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
KEVIN FUENTES JULIO	1072529244	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
MIGUEL ANGEL RAMOS ALVAREZ	1131104839	AYUDANTE DE OBRA	14-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
TOMAS ZUÑIGA ARTEAGA	1131108815	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL	92229788	CELADOR	04-07-2024	COVEÑAS	COVEÑAS
ROBERTO ANTONIO AGAMEZ JIMENEZ	1003655736	AYUDANTE DE OBRA	16-08-2024	COVEÑAS	COVEÑAS

6. ANEXO FO TOGRÁF ICO

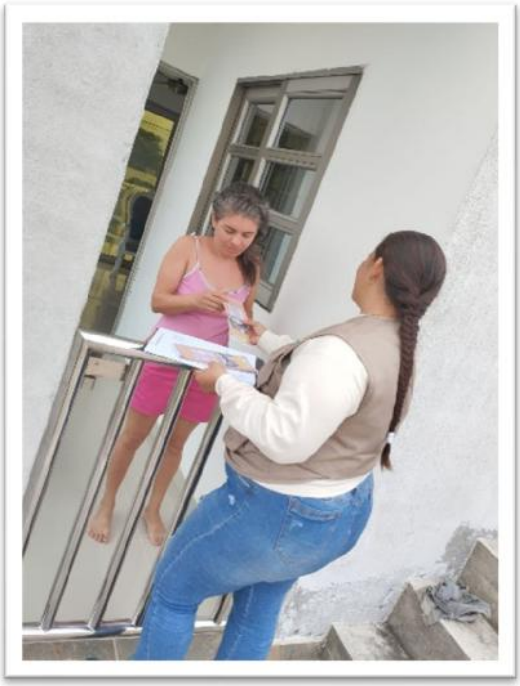




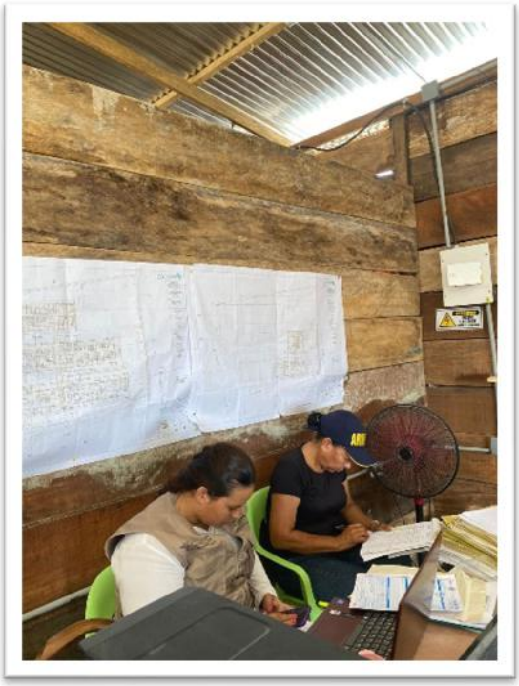




















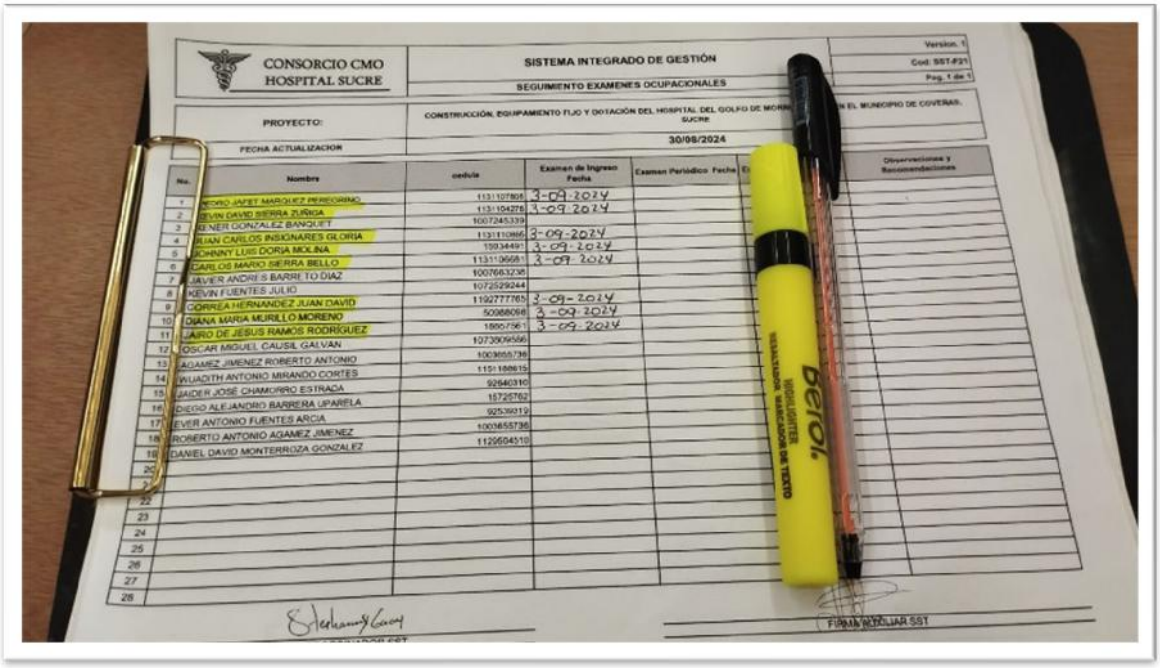







TERCOL
PELIGRO
RIESGO
ELÉCTRICO
DANGER ELECTRIC RISK




CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES
PROYECTO:
FECHA ACTUALIZACION
30/08/2024
Nombre
cedula
Examen de Ingreso Fecha
Examen Periódico Fecha
Observaciones y Recomendaciones
FIRMA AUXILIAR SST


JORNADA DE LIMPIEZA Y CONCIENTIZACIÓN.
COMPONENTE AMBIENTAL
Se le está haciendo seguimiento y monitoreo para el control de la contaminación atmosférica, rigiéndonos por las licencias ambientales y certificados de gases de los vehículos que ingresan a la obra.
COMPONENTE AMBIENTAL
COMPONENTE AMBIENTAL
Ingreso de personal a obra desde 16/08/2024 a 04/09/2024
Maestros 2
Oficiales 1
Ayudantes 21
NOTA:
Las hojas de vida las recepciona la presidenta de acción comunal LORELEY LADEUTH "LOLI"





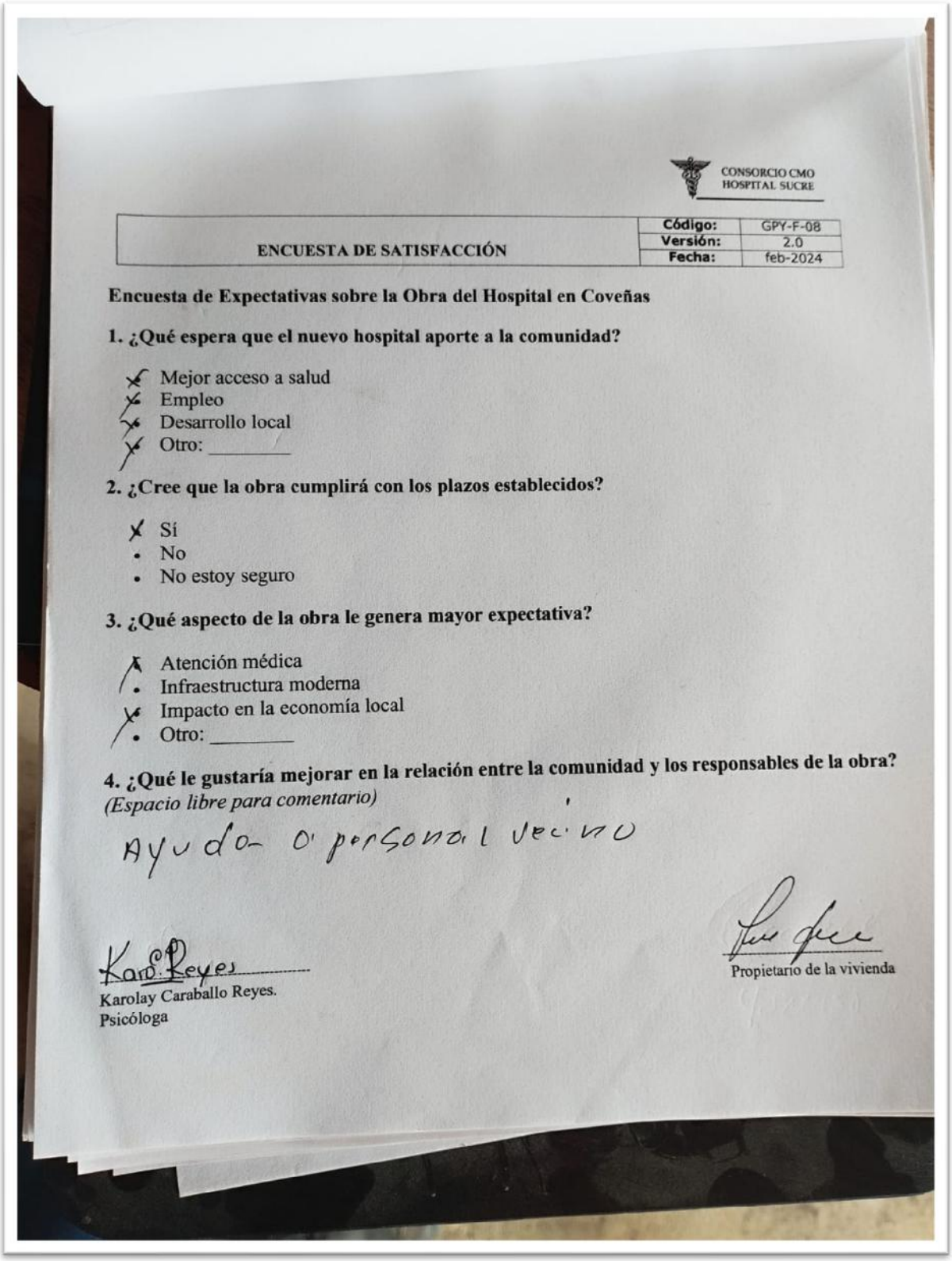







GUCCI





CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	Código:	GPY-F-08
	Versión:	2.0
	Fecha:	feb-2024

Encuesta de Expectativas sobre la Obra del Hospital en Coveñas

1. ¿Qué espera que el nuevo hospital aporte a la comunidad?

- [x] Mejor acceso a salud
- [x] Empleo
- [x] Desarrollo local
- [x] Otro: _____

2. ¿Cree que la obra cumplirá con los plazos establecidos?

- [x] Sí
- [ ] No
- [ ] No estoy seguro

3. ¿Qué aspecto de la obra le genera mayor expectativa?

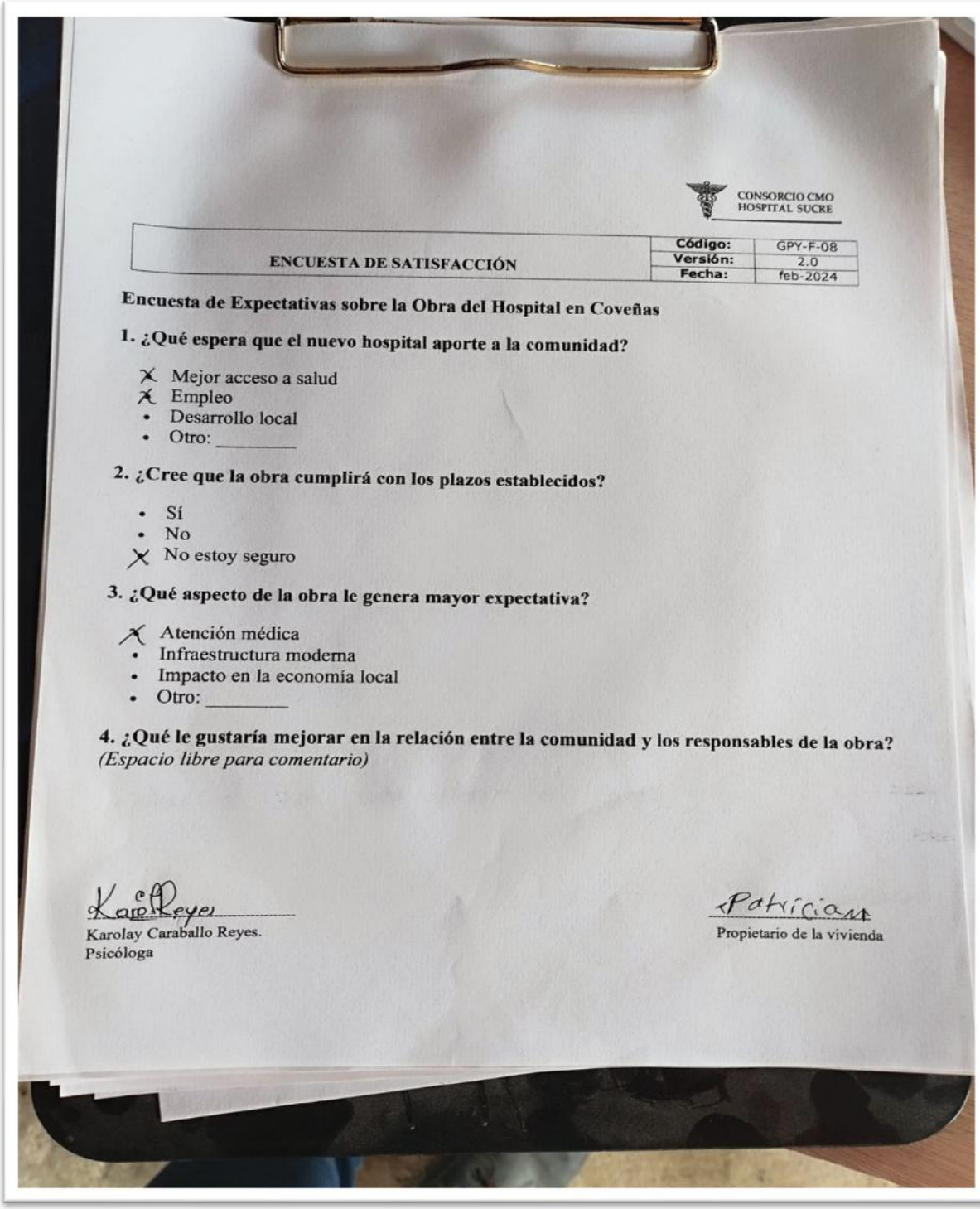
- [x] Atención médica
- [ ] Infraestructura moderna
- [x] Impacto en la economía local
- [ ] Otro: _____

4. ¿Qué le gustaría mejorar en la relación entre la comunidad y los responsables de la obra?
(Espacio libre para comentario)

Ayuda a personal vecino

Karolay Caraballo Reyes.
Psicóloga

Propietario de la vivienda



CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	Código:	GPY-F-08
	Versión:	2.0
	Fecha:	feb-2024

Encuesta de Expectativas sobre la Obra del Hospital en Coveñas

1. ¿Qué espera que el nuevo hospital aporte a la comunidad?

- X Mejor acceso a salud
- X Empleo
- Desarrollo local
- Otro: _____

2. ¿Cree que la obra cumplirá con los plazos establecidos?

- Sí
- No
- X No estoy seguro

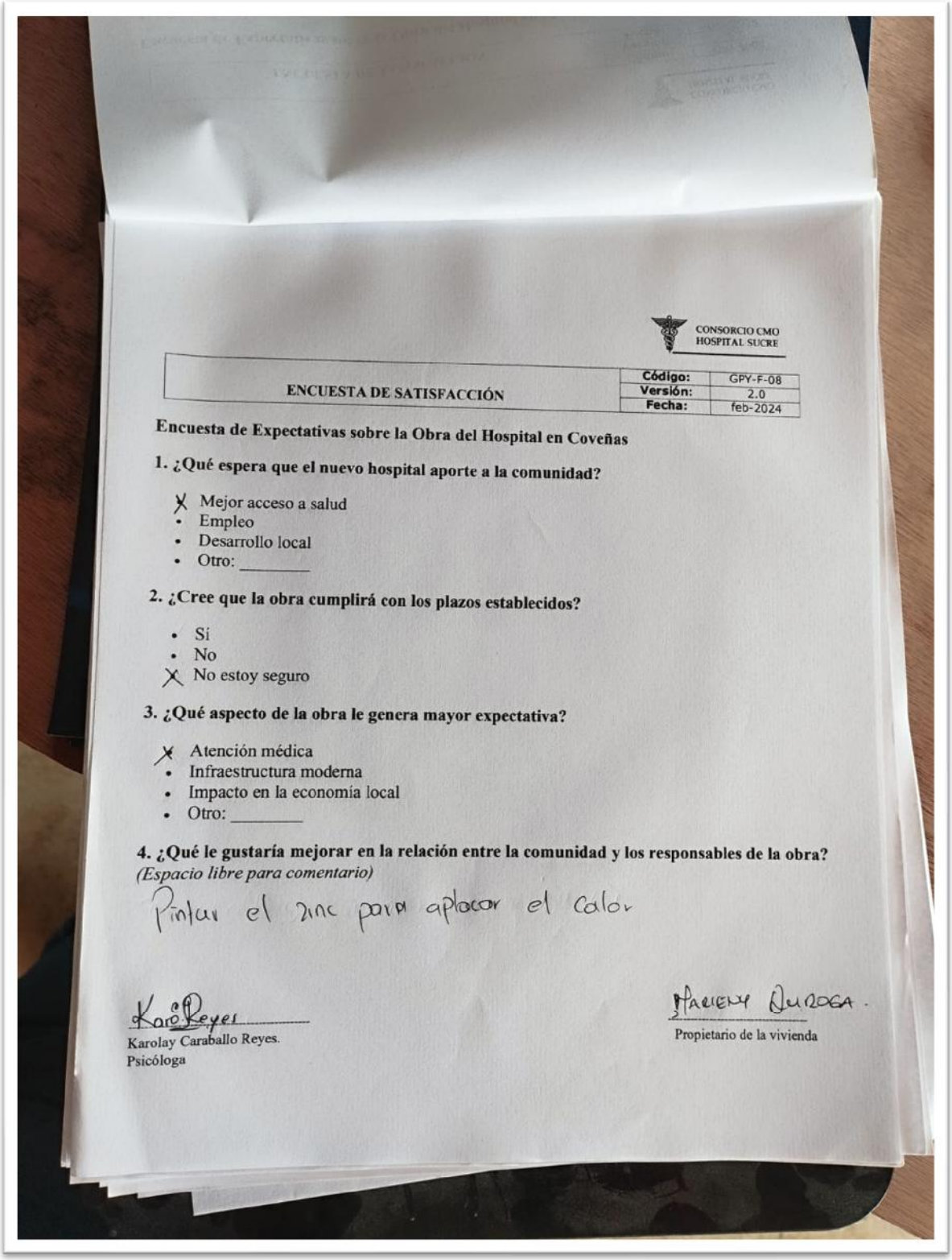
3. ¿Qué aspecto de la obra le genera mayor expectativa?

- X Atención médica
- Infraestructura moderna
- Impacto en la economía local
- Otro: _____

4. ¿Qué le gustaría mejorar en la relación entre la comunidad y los responsables de la obra?
(Espacio libre para comentario)

Karolay Caraballo Reyes.
Psicóloga

Patricia M
Propietario de la vivienda



CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	Código:	GPY-F-08
	Versión:	2.0
	Fecha:	feb-2024

Encuesta de Expectativas sobre la Obra del Hospital en Coveñas

1. ¿Qué espera que el nuevo hospital aporte a la comunidad?

- [X] Mejor acceso a salud
- [ ] Empleo
- [ ] Desarrollo local
- [ ] Otro: _____

2. ¿Cree que la obra cumplirá con los plazos establecidos?

- [ ] Sí
- [ ] No
- [X] No estoy seguro

3. ¿Qué aspecto de la obra le genera mayor expectativa?

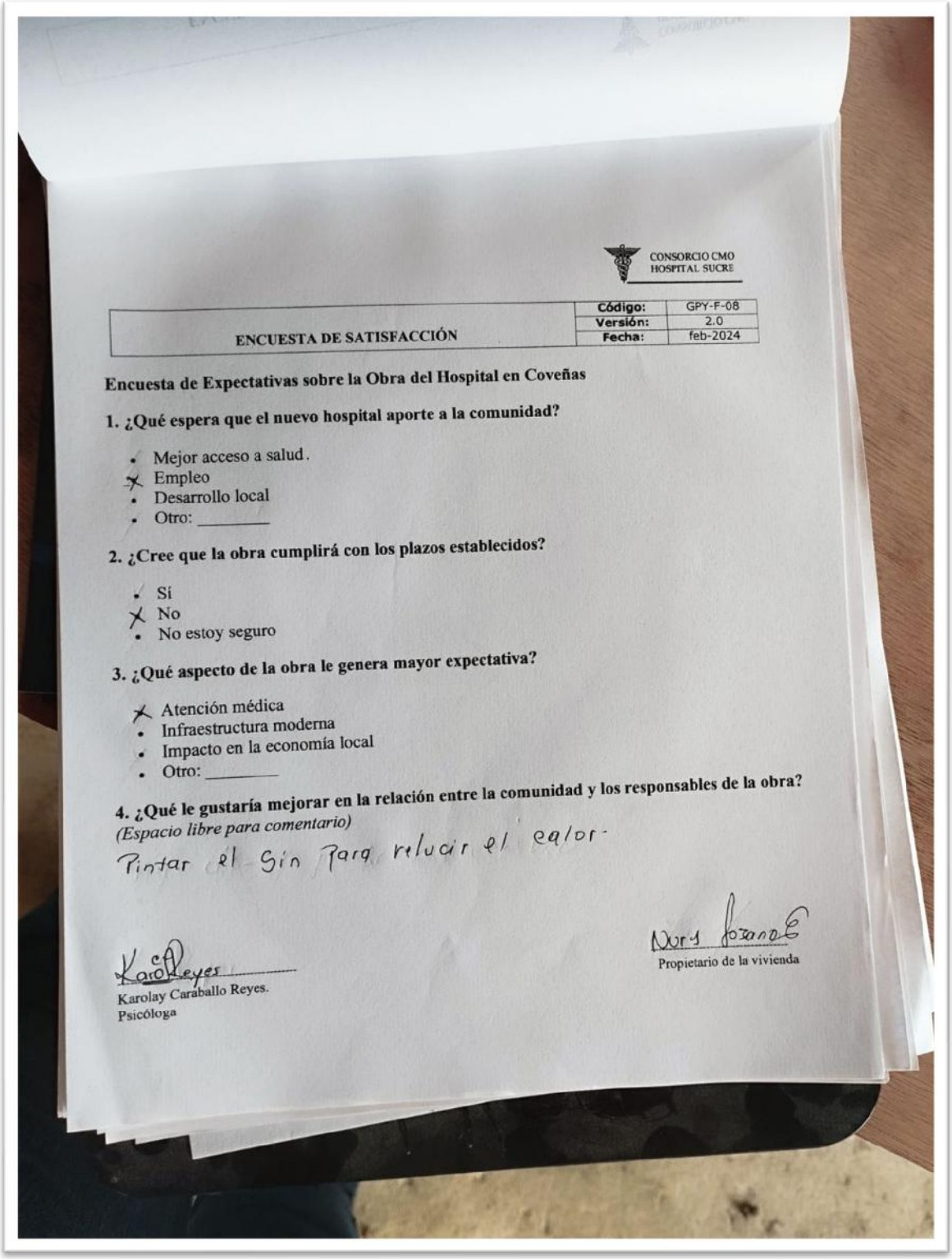
- [X] Atención médica
- [ ] Infraestructura moderna
- [ ] Impacto en la economía local
- [ ] Otro: _____

4. ¿Qué le gustaría mejorar en la relación entre la comunidad y los responsables de la obra?
(Espacio libre para comentario)

Pintar el zinc para aplacar el calor.

Karolay Caraballo Reyes.
Psicóloga

Propietario de la vivienda



CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	Código:	GPY-F-08
	Versión:	2.0
	Fecha:	feb-2024

Encuesta de Expectativas sobre la Obra del Hospital en Coveñas

1. ¿Qué espera que el nuevo hospital aporte a la comunidad?

- Mejor acceso a salud.
- X Empleo
- Desarrollo local
- Otro: _____

2. ¿Cree que la obra cumplirá con los plazos establecidos?

- Sí
- X No
- No estoy seguro

3. ¿Qué aspecto de la obra le genera mayor expectativa?

- X Atención médica
- Infraestructura moderna
- Impacto en la economía local
- Otro: _____

4. ¿Qué le gustaría mejorar en la relación entre la comunidad y los responsables de la obra?
(Espacio libre para comentario)
Pintar el Sin Para reluar el calor.

Karolay Caraballo Reyes.
Psicóloga

Propietario de la vivienda

cronograma de actividades.

Mes de Septiembre 2024.

Semana 1 y2	**Atención a la comunidad.** Atención a través de WhatsApp y via telefonica
semana 2 y 4	**Información y divulgación a la comunidad** Entrega de Folletos Informativos, Actualización de la Cartelera Informativa
SEMANA 3	**Manejo de la infraestructura de predios y servicios públicos** seguimiento a la estructura vial e impactos a las viviendas aledañas.
semana 3 y 4	**Cultura vial y Participación Comunitaria** Jornada de Fumigación y Reunión Mensual con la Comunidad.
semana 1 a la 4	**Contratación mano de obra** contratación mano de obra no calificada

CMO HOSPITAL DE COVEÑAS.

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

CONTRATO DE OBRA No. LP-018-2023

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

IMPLEMENTACION DEL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

INFORME No.4 MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

TANIA DAYANA YENERIS PADILLA
ING. AMBIENTAL Y SANITARIA
CC. 1.131.107.171
MP 071024-0540988 CES

30/ SEPTIEMBRE /2024

Tabla de contenido

1. INTRODUCCION 3
2. OBJETIVOS 4
2.1 Objetivo General 4
2.2 Objetivos Específicos 4
3 ALCANCE 5
4. LOCALIZACIÓN Y GENERALIDADES TÉCNICAS DEL PROYECTO 5
4.1 Diagnóstico del Estado Inicial del Ambiente Existente 6
4.2 Análisis ambiental sobre áreas de interés 6
4.3 Descripción de la etapa de construcción 7
5. PROGRAMAS DE MANEJO AMBIENTAL 8
6. SEGUIMIENTO Y CONTROL A LAS FICHAS DE MANEJO AMBIENTAL 9
7. CONCLUSIONES 55

1. INTRODUCCION

A continuación, se presenta el Informe Mensual de seguimiento ambiental No.4 que corresponde al mes de septiembre del 2024, donde se describe la gestión ambiental realizada por el contratista Consorcio CMO, con ayuda de los profesionales, los cuales conforman un grupo de gestión ambiental tal cual como lo demanda la normatividad ambiental, previamente aprobado por parte de la interventoría y que al momento de su aprobación se convierte en documento de seguimiento contractual, al que se le debe hacer monitoreo.
Todo este informe se basa en aplicar las fichas ambientales contempladas en el plan de manejo ambiental.

En vista a esto, el equipo encargado de la gestión ambiental realiza capacitaciones, reuniones técnicas para ver el estado de la obra y programar su supervisión en el transcurso del mes, con el fin de cumplir con los requerimientos de las autoridades, la comunidad y la interventoría, por otro lado se le da manejo a los materiales del proyecto, se cuida la señalización en obra como requisito fundamental para prevención de accidentes y cumplimiento al PMA. Adicionalmente se identifican las normas ambientales aplicables en las diferentes etapas del proyecto como la identificación de permisos y/o autorizaciones a requerir por uso, afectación y/o aprovechamiento de los recursos naturales renovables por la ejecución del proyecto tanto en la etapa de construcción como de operación.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Desarrollar el informe de seguimiento ambiental del mes de septiembre del 2024, basado en las fichas de manejo ambiental, para la ejecución del contrato de obra No. LP-018-2023 con el objetivo de disponer de un documento de soporte que permita Identificar, evaluar, mitigar los potenciales impactos ambientales negativos y maximizar los Positivos mediante un conjunto de medidas ambientales de acuerdo a las principales actividades a ser desarrolladas para la construcción y operación del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, enmarcándose en la legislación ambiental vigente.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir, caracterizar y analizar los medios físico, biótico y socioeconómico, en el cual se pretende desarrollar el proyecto de Construcción del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas departamento de Sucre.
- Definir los ecosistemas y sistemas sociales ambientalmente críticos, sensibles y de importancia ambiental, que deban ser excluidos, tratados o manejados de manera especial para el desarrollo y ejecución del proyecto.
- Identificar, dimensionar y evaluar los impactos y riesgos ambientales que serán producidos por el proyecto.
- Incluir la información necesaria sobre los recursos naturales que van a ser usados, aprovechados o afectados durante la construcción y operación del proyecto.
- Presentar las fichas de manejo ambiental para cada una de las etapas del proyecto.
- Evidenciar mediante registro fotográfico las actividades aplicables a las fichas de manejo ambiental.

3 ALCANCE

El presente informe busca cumplir con la normativa ambiental y de las entidades que tienen jurisdicción sobre el área de influencia del proyecto, el cual se encuentra ubicado en el municipio de Coveñas y se encuentra ubicado geográficamente al Sureste del departamento de Sucre.

4. LOCALIZACIÓN Y GENERALIDADES TÉCNICAS DEL PROYECTO

Su implantación está proyectada al sur del casco urbano del municipio de Coveñas sobre la calle los tramposos entre calles 9 y 12 en el predio denominado Caribí, ubicado en suelo urbano en la urbanización del mismo nombre, de acuerdo con las siguientes coordenadas:

Tabla 1. Coordenadas de localización del predio

Latitud	Longitud
9°23'41.03"N	75°40'49.01"O

Ilustración 1. Localización General



Fuente: Google Earth

Como se puede observar en la figura No. 1, el predio de implantación del Hospital del Golfo de Morrosquillo, es un predio que en la actualidad no cuenta con ningún tipo de infraestructura construida dentro del mismo. Su ubicación está dada sobre la carrera 1 que es una vía pavimentada que sirve de tránsito alterno hacia la alcaldía municipal.

4.1 Diagnóstico del Estado Inicial del Ambiente Existente

Con el fin de prevenir, mitigar y/o compensar cualquier afectación al medio ambiente, y evitar daños futuros a la comunidad, en el ámbito socio económico, y cultural, se realiza un seguimiento a las fichas de manejo ambiental.

El Consorcio CMO en aras de mantener una buena relación con interventoría del proyecto, mensualmente se compromete a rendir informes de la gestión ambiental que le concierne a este tipo de contrato de obra civil.

Este diagnóstico permite establecer la situación ambiental en las áreas de influencia, antes de la ejecución de los trabajos a manera de punto inicial de referencia, para poder monitorear posteriormente los posibles impactos ambientales a causa de la realización del Proyecto.

Teniendo en cuenta las características, se incluyó:

- El medio abiótico
- El medio biótico
- Medio socioeconómico

4.2 Análisis ambiental sobre áreas de interés

Se incluyó la evaluación ambiental del área a ocupar por el proyecto incluyendo la cuantificación y calificación de los impactos potenciales.

El análisis considera:

- Población directa e indirectamente afectada y beneficiada.
- Actividades productivas directa e indirectamente afectadas y beneficiadas.
- Interferencia en las relaciones socioeconómicas preexistentes.

4.3 Descripción de la etapa de construcción

Actividades desarrolladas por el consorcio CMO en el mes de septiembre del 2024 comprende:

maquinarias y equipos.(2 retroexcavadoras de uruga, 2 mini cargadores, 1 retroexcavadora neumática)
Excavación de zanjas.
construcción de cercos perimétricos.
Cimentaciones en bloque 1 bloque 2 bloque 3
Armar acero para muros de contención en bloque 2 y bloque 1
Relleno de zapatas en bloque 2 y bloque 3
Corte y figurado de acero
Vaciado de concreto.
Conformación de terreno con maquinaria

Los trabajos iniciaron el día 31 de mayo del 2024, luego del acta de inicio con las obras provisionales, que constan de construcción de los almacenes.
Se realiza el inventario forestal del lote del proyecto para ajustarlo al plan de manejo ambiental y definir el aprovechamiento forestal y la compensación forestal que se realizará en el proyecto, del mismo modo se realizan un levantamientos topográficos, a finales del mes de junio, mes de julio y mes de agosto y mes de septiembre se evidencian cambios climáticos por fenómenos naturales.

5. PROGRAMAS DE MANEJO AMBIENTAL

Con el fin de implementar acciones tendientes a minimizar, controlar, prevenir, mitigar y/o corregir y compensar los impactos ambientales, que se pueden causar por la ejecución de la obra, asociadas al presente contrato de obra No. LP-018-2023, durante el mes de septiembre del 2024, el contratista presenta la gestión ambiental, dándole el seguimiento a las fichas de manejo ambiental.

Por lo cual, en el siguiente cuadro se muestran los programas que aplican para llevar a cabo la ejecución del contrato.

PROGRAMAS Y PROYECTOS			
PROGRAMA		PROYECTO	CODIGO
Desarrollo y aplicación de la gestión ambiental	1.	Capacitación ambiental al personal de obra Acta de conformación del grupo ambiental	PAC-13
Manejo de equipos	1.	Manejo de maquinaria y equipos	PAC-02
Manejo de residuos	5.	Manejo de aguas residuales, manejo RDC, manejo de vegetación y capa orgánica, manejo de residuos líquidos.	PCA-03-04-06-10
Actividades Constructivas	1.	Proyecto de Manejo Integral de. Materiales de Construcción,	PAC-05
	2	Manejo de campamento y zonas de almacenamiento	PAC-01
	4.	Control de emisiones atmosféricas y ruido.	PAC-07
	5.	Proyecto de Manejo y Disposición final de Escombros y Lodos, excavaciones y rellenos manejo de obras en concreto,	PAC-09-08

A continuación, se describen las actividades ambientales asociadas a las fichas del PMA son de carácter mensual, para la ejecución del presente contrato.

6. SEGUIMIENTO Y CONTROL A LAS FICHAS DE MANEJO AMBIENTAL

a) Manejo de campamento y zonas de almacenamiento

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 1	
Programa: MANEJO DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS	
Subprograma 1. Manejo de campamento y zonas de almacenamiento	FICHA: PMA – AC - 01
Objetivo	
o Establecer las acciones necesarias para garantizar el manejo ambiental adecuado durante la instalación operación de campamentos y zonas de almacenamiento.	
Metas	Indicadores
PE = Puntos ecológicos en campamentos y talleres Valor aceptable = >50%	$PE = \left(\frac{\text{Número de puntos ecológicos instalados}}{\text{Número de campamentos y/o talleres instalados}}\right) x\ 100$ = (–) = %
EX = Número de extintores Valor aceptable = Mínimo un (1) extintor por cada 200 m2 (según Resolución 2400 de 1979)	EX = El número total de extintores no será inferior a uno (1) por cada 200 m² de local o fracción
KA = Kits ambientales Valor aceptable = 100%	$KA = \left(\frac{\text{Número de kits ambientales para derrames}}{\text{Número de áreas para almacenamiento de insumos químicos}}\right) x\ 100$ = (–) = %
Responsables	Registros / Evidencias
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Informe ambiental o Registro fotográfico
TIPO DE MEDIDA EJECUTADA EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2024	
CONTROL ☐ MITIGACION ☐ MINIMIZAR ☐ PREVENCION ☐ CORRECCION ☐	
IMPACTOS A CONTROLAR	
o Erosión de suelo o Inducción de procesos erosivos y sedimentación de materiales de suelo y roca o Cambio en la calidad visual y morfológica del paisaje	

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 1	
Programa: MANEJO DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS	
Subprograma 1. Manejo de campamento y zonas de almacenamiento	FICHA: PMA – AC - 01

ACCIONES EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2024

1. Consideraciones en obra

Campamento y/o almacén:

- El campamento y/o almacén contiene señalizaciones para los accesos, áreas, paso de maquinaria, almacenamiento de combustibles y equipos de emergencias.
- El campamento cuenta con equipo contra incendio portátil, en este caso cuenta con 1 extintor.
- Se instaló el área adecuada para el cambio de los obreros.
- El agua destinada al consumo humano es potable, por el momento se está comprando el agua en bolsa, esta agua está siendo suministrada por compras en tienda comerciales del municipio, se están comprando de 24 pacas de agua diría para el consumo de los obreros, y parte administrativa en obra.
- El campamento y/o almacén cuenta con puntos ecológicos, en los cuales se facilita la segregación adecuada de los residuos generados, se clasifican los residuos y luego son dispuestos al relleno sanitario ubicado en Sincelejo Sucre, por la empresa INTERASEO, esta pasa 3 veces por semana y el aseo general en obra se hace diario, 15 minutos antes de terminar la jornada laboral.
- En el campamento hasta la fecha se realizaron las conexiones a la red de alcantarillado del municipio, se construyeron los baños provisionales y hasta la fecha ya están en funcionamiento los 11 baños en la obra, a estos baños se les hace mantenimiento y limpieza los días martes, jueves y sábado

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.

Cronograma de aplicación de las actividades

Actividades	Cronograma Mes de septiembre del 2024			
	1	2	3	4
Campamentos y/o almacén				
La ubicación del campamento y/o almacén garantiza la protección de los canales de agua lluvia y/o ecosistemas sensibles, no obstaculiza las actividades de obra y/ o				

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 1					
Programa: MANEJO DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS					
Subprograma 1. Manejo de campamento y zonas de almacenamiento					FICHA: PMA – AC - 01
	vehiculares				
	Uso de material prefabricado para el establecimiento de los campamentos y/o talleres (Madera)				
	Insumos químicos				
	Los insumos químicos están protegidos de la intemperie				
	El área de almacenamiento de insumos químicos debe contar con señalización, extintores, kit ambiental en caso de derrames				
Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental				

ANEXO FOTOGRÁFICO









INSTALACIÓN DEL CAMPAMENTO EN FRENTE DE OBRAS.









BAÑOS PROVISIONALES EN FRENTE DE OBRAS

Se realiza limpieza tres veces por semana en los baños provisionales en el frente de obras con el objetivo de contribuir a las buenas prácticas que alimenta la buena higiene en el trabajador y ayudan a evitar la contaminación cruzada a efectos de salvaguardar la salud y seguridad de todos, evitando reducir la probabilidad de albergar hongos, virus y bacterias perjudiciales para la salud.









DISPOSICION DE RESIDUOS EN OBRA

Se instalaron puntos ecológicos en frente de obra para que los trabajadores no arrojen residuos al suelo y al finalizar la jornada laboral se llevan los residuos a su disposición final, en este punto pasa INTERASEO y es donde son llevados a su destino final en el relleno sanitario el OASIS en el municipio de Sincelejo, se está esperando el recibo de energía para que la empresa pueda generar el certificado de los residuos sólidos que está recibiendo. Se realiza charlas al personal en obras para el manejo y disposición de residuos sólidos en obras del mismo modo se dispone de un punto donde se está acumulando los residuos peligrosos como bolsas de cemento que son corrosivos y nocivos para la salud













SEÑALIZACION EN OBRA

Se realiza la actividad de señalización en obra con el fin de evitar accidentes e incidentes laborales, se realiza la señalización para entrada y salida de vehículos en obra con un paletero evitando el tráfico vehicular.





SUMINISTRO DE AGUA EN OBRA

Se están suministrando 24 pacas de agua diariamente, estas se mantienen en cavas y se le entrega a cada grupo en frente de obra para su hidratación.





EQUIPO DE PRIMEROS AUXILIOS EN CAMPAMENTO

b) Manejo de maquinaria y equipos

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 2	
Programa: MANEJO DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS	
Subprograma 1. Manejo de maquinaria y equipos	FICHA: PMA – AC - 02

Objetivo

- Establecer las medidas para garantizar un adecuado manejo de la maquinaria, equipos y vehículos en las actividades de construcción.
- Proporcionar los lineamientos para el óptimo uso de la maquinaria, equipos y vehículos de acuerdo a lo exigido por la normatividad vigente colombiana

Metas	Indicadores
MV = Mantenimiento de vehículos Valor aceptable = 100%	$MV = \left(\frac{\text{Número de mantenimientos ejecutados a vehículos}}{\text{Número de mantenimientos programados a vehículos}}\right) X\ 100$ NOTA: las máquinas y vehículos en obras ya vienen con mantenimiento realizado y se programan cada 3 meses en lugares autorizados para la ejecución del mismo.
MV = Mantenimiento de maquinaria y equipos Valor aceptable = 100%	$MV = \left(\frac{\text{Número de mantenimientos ejecutados a maqunarias y equipos}}{\text{Número de mantenimientos programados a maquinarias y equipos}}\right) X\ 100$
Responsables	**Registros / Evidencias**
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Informe ambiental o Registro fotográfico o Certificados de gases, revisión técnico-mecánica y seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)

TIPO DE MEDIDA EJECUTADA

CONTROL	☐	MITIGACION	☐	MINIMIZAR	▭
PREVENCION	▭	CORRECCION	☐		

IMPACTOS A CONTROLAR

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 2	
Programa: MANEJO DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS	
Subprograma 1. Manejo de maquinaria y equipos	FICHA: PMA – AC - 02

- Alteración de la calidad del aire por gases contaminantes (CO2, CO, SO2, NOX)
- Alteración de la calidad del aire por material Particulado (PM10)

ACCIONES EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

1. Consideraciones de la entidad contratante

El contratante exige al contratista el estricto cumplimiento de lo indicado en la presente ficha para el manejo ambiental adecuado de las actividades especificadas. Lo anterior, se establecerá explícitamente en los documentos contractuales correspondientes entre y la entidad contratante.

2. Manejo de maquinaria, equipos y vehículos

- Todas las máquinas y/o equipos que se encuentran dentro de los frentes de obra están debidamente señalizados.
- Está prohibido el lavado de maquinaria, equipos y/o vehículos dentro de los frentes de obra, ni en cuerpos de agua cercanos. Excavadora de uruga y retroexcavadora
- El mantenimiento de maquinarias, equipos y vehículos se realizan en sitios autorizados para tal fin, nunca se realizan dentro de los frentes de obras, o áreas cercanas a cuerpos de agua.

Vehículos

- En el mes de septiembre se transportó material con residuos de construcción y demolición (RCD) en la obra, hasta la fecha se han solicitado las volquetas para la carga y descarga de este material. Estas volquetas cuentan con licencia de tránsito, SOAT y certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM).
- Los vehículos para el transporte de residuos de construcción y demolición (RCD) cumplen con lo establecido en la Resolución No. 0472 del 2017 modificada por la Resolución 1257 de 2021.
- Lo vehículos utilizados cumplen con la normatividad en cuanto a tránsito y transporte, y emisiones atmosféricas, como lo establece el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.
- Los vehículos que están en frente de obra están en buen estado, cumpliendo los requisitos técnico mecánico, evitando así la contaminación por emisiones, material particulado y ruido.

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 2	
Programa: MANEJO DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS	
Subprograma 1. Manejo de maquinaria y equipos	FICHA: PMA – AC - 02

características de los vehículos que ingresaron a la obra en el mes de septiembre del 2024:

Tipo de vehículo Capacidad	Placa	Licencia de transito Nº	Revisión técnico mecánica Nº	SOAT Nº póliza
VOLQUETA DAEWOO 14m3	SZO185	10028863094	172851880	4308005101433000
VOLQUETA CHEVROLET 7M3	KBJ770	10027717824	171881773	4308004702345000
VOLQUETA FORD 7M3	ZCA980	10021093047	164915635	14289404657810
VOLCO FREIGHTLINER 14M3	SVO132	10002320966	170745841	516416872200200
VOLCO INTERNATIONAL 14M3	SZZ632	10012726527	171073261	931001029680100
VOLCO INTERNATIONAL 14M3	SLK489	10032214354	167975209	11586600134440
VOLQUETA INTERNATIONAL, 14M3	SNS966	10027897269	169984586	931001040630100
VOLCO 14M3	YAA422	10018186494	170746348	931000869910100
VOLQUETA DODGE 7M3	PBJ 793	PBJ793	172167564	2108004056362000
VOLQUETA CHEVROLET 14M3	TMU 998	10028788078	172689779	4308004479194000
VOLQUETA FORD 7M3	UIB 508	UIB508	156607600	81745468
VOLCO AUSTIN 7M3	UIA 088	10027803690	171881669	88397723
VOLCO VOLKSWAGEN	SKR 587	10003045404	164931003	85170374
CAMION CHEVROLET	UQE873	10016480935	175770514	3245655400
CAMION MEZCLADOR	WOV872	10016480935	175770514	4308004479194000
CAMPERO MITSUBISHI	GND879	10024611929	166954229	1508005566347000
CAMION PLATAFORMA	UPB448	10021472103	174970730	200210021330400
VOLQUETA PLATON	XAC494	10006180276	171991071	4308004762711000
CAMION MEZCLADOR	FST085	10021423204	169769490	4308005305817000
CAMION ESTACAS	VJK109	10021142700	170032388	4308005298244000

- Estos vehículos cuentan con toda la documentación al día y con su respectiva licencia de tránsito.

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental que asegure el cumplimiento de las actividades descritas en esta ficha, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 2	
Programa: MANEJO DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS	
Subprograma 1. Manejo de maquinaria y equipos	FICHA: PMA – AC - 02
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.

Cronograma de aplicación de las actividades

Actividades	Cronograma			
	Mes de septiembre del 2024			
	1	2	3	4
Manejo de maquinaria, equipos y vehículos				
Señalización de la maquinaria, equipos y vehículos				
Mantenimiento de maquinaria, equipos y vehículos den lugares autorizados				
Vehículos				
Revisión de documentación reglamentaria para vehículos que transporten material, RCD, equipos,				

Observación

El 10 de septiembre del 2024 fue el día que inicio a trabajar la retroexcavadora en obra, antes de iniciar ya se le había hecho el mantenimiento a la máquina.

Se tiene documentación de la maquinaria que está operando en el frente de obra.

Se tiene documentación al día de las volquetas que transportan el material RCD

Presupuesto

Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental

ANEXO FOTOGRAFICO













EQUIPO EN OBRA

c) Manejo de aguas residuales

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 3	
Programa: MANEJO DEL RECURSO HIDRICO	
Subprograma 1. Manejo de aguas residuales	FICHA: PMA – AC - 03

Objetivo

Realizar un adecuado manejo de los residuos líquidos que se pueden generar en las actividades de obras civiles, de acuerdo con la legislación ambiental vigente, y como mecanismo de minimización de cualquier alteración al ambiente

Metas	Indicadores
DP = Disposición final de residuos líquidos Valor aceptable: 100%	$DP = \left(\frac{\text{Cantidad de residuos líquidos dispuestos adecuadamente}}{\text{Cantidad de residuos líquidos generados}}\right) X\ 100$ = (———) = %
CP = Capacitaciones al personal de la obra civil Valor aceptable: 100%	$CP = \left(\frac{\text{Número de personas capacitadas en manejo de residuos líquidos}}{\text{Número total de empleados}}\right) X\ 100$ = (—) = %

Responsables	Registros / Evidencias
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Informe ambiental o Registro fotográfico

TIPO DE MEDIDA EJECUTADA EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2024

CONTROL	☐	MITIGACION	☐	MINIMIZAR	☐
PREVENCION	■	CORRECCION	☐		

IMPACTOS A CONTROLAR

- o Erosión de rondas hídricas
- o Variación de sedimentos en fuentes hídricas
- o Alteración de la calidad del agua superficial
- o Alteración de la calidad del agua subterránea

ACCIONES EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2024

1. Consideraciones de la entidad contratante

El contratante exigirá al contratista el estricto cumplimiento de lo indicado en la presente ficha para el manejo ambiental adecuado de las actividades especificadas. Lo anterior, se establecerá explícitamente en los documentos contractuales correspondientes entre y la entidad contratante.

1. Manejo de Residuos líquidos

En el mes de septiembre del 2024 se generaron aguas residuales domesticas en las unidades sanitarias del campamento se están utilizando 11 baños provisionales, 7 baños de hombres y 4 baños de mujeres, están conectados directamente

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 3	
Programa: MANEJO DEL RECURSO HIDRICO	
Subprograma 1. Manejo de aguas residuales	FICHA: PMA – AC - 03

con la red de alcantarillado del municipio.

Se han hecho lavado de equipos en frente de obra en un sitio autorizado por la parte ambiental.

Prevención y minimización

- Se realiza la capacitación a todos los trabajadores sobre el manejo adecuado de residuos líquidos., para prevenir y evitar contaminación de aguas lluvias con aceites u otros químicos a manejar en obra.
- Se hace la conexión del campamento al sistema de alcantarillado del municipio con el fin de que estas aguas sean tratadas y dispuestas de manera adecuada.

Almacenamiento temporal

- En el mes de septiembre del 2024 se almacenaron aceites usados en frente de obra.
- El almacenamiento de los residuos líquidos combustibles dentro de la obra están en un punto por fuera del almacén totalmente aislado bajo techo, no expuestos al aire libre.
- Los recipientes de almacenamiento de los residuos líquidos están rotulados, de igual forma están rotulados por etiquetas donde se especifica su contenido y clases de riesgos, así como con las etiquetas de seguridad y precauciones a tomar en caso de una contingencia.

Entrega a gestores externos.

- En el mes de septiembre del 2024 no se asignaron gestores externos para la disposición final de residuos líquidos.

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.

Cronograma de aplicación de las actividades

Actividades	Cronograma			
	Mes de Septiembre del 2024			
	1	2	3	4
Manejo de residuos líquidos				
Prevención y minimización				
Realizar todas las actividades en cuanto a prevención y minimización				
Almacenamiento temporal				
Realizar todas las actividades en cuanto a almacenamiento temporal				
Tratamiento y disposición final				
Realizar todas las actividades en cuanto a tratamiento y disposición final				

Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 3	
Programa: MANEJO DEL RECURSO HIDRICO	
Subprograma 1. Manejo de aguas residuales	FICHA: PMA – AC - 03
ambiental	

ANEXO FOTOGRAFICO





CAPACITACION Y PUNTO DE RESIDUOS LÍQUIDOS

d) Manejo y disposición de materiales sobrantes RCD

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 4	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo y disposición de materiales sobrantes RCD	FICHA: PMA – AC - 04
Objetivo	

- Brindar los lineamientos a seguir para el adecuado manejo de los materiales sobrantes durante las obras civiles.
- Realizar la disposición de materiales sobrantes de acuerdo a la normatividad ambiental.
- Dar cumplimiento a los objetivos del PNCC (Plan nacional del cambio climático) y a lo establecido en la resolución 1257 de 2021 en cuanto al re - uso de material sobrante se refiere.

Metas	Indicadores
MS = Manejo de materiales sobrantes Valor aceptable: 0	MS = Número de incidentes ambientales ocasionados por un deficiente manejo de materiales sobrantes =

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 4	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo y disposición de materiales sobrantes RCD	FICHA: PMA – AC - 04
VS = Volumen de materiales sobrantes dispuestos o reutilizados Valor aceptable: 100%	$VM = \left(\frac{\text{Volumen de materiales sobrantes dispuestos y/o reutilizados}}{\text{Volumen total de materiales sobrantes}} \right) X\ 100$
Responsables	Registros / Evidencias
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Informe de interventoría técnica y ambiental o Registro fotográfico o Registro de cantidades de materiales sobrantes o Certificados de disposición final de materiales sobrantes

TIPO DE MEDIDA A EJECUTAR					
CONTROL		MITIGACION		MINIMIZAR	
PREVENCION		CORRECCION			

IMPACTOS A CONTROLAR

- Cambio en las propiedades fisicoquímicas y microbiológicas del suelo
- Variación de sedimentos en fuentes hídricas
- Alteración de la calidad del agua superficial
- Alteración de la calidad del aire por material Particulado (PM10)

ACCIONES EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

2. Consideraciones de la entidad contratante

El contratante exigirá al contratista el estricto cumplimiento de lo indicado en la presente ficha para el manejo ambiental adecuado de las actividades especificadas. Lo anterior, se establecerá explícitamente en los documentos contractuales correspondientes entre y la entidad contratante.

1. Almacenamiento de materiales sobrantes

- Se da estricto cumplimiento a la Resolución No. 0472 del 2017 modificada por la resolución 1257 de 2021 “por la cual se reglamenta la gestión integral de residuos generados en las actividades de construcción y demolición – RCD” o la norma que lo modifique o sustituya. De esta manera inicialmente se debe planear adecuadamente la obra, determinando las cantidades necesarias de materiales de construcción, de tal manera que se eviten perdidas de materiales.

- Se dispone de varios sitios de almacenamiento temporal para RCD, estos sitios están situados en puntos que no afectan el ecosistema.

- El lugar de almacenamiento esta adecuadamente señalizado, se evita la dispersión de material particulado.

Transporte de materiales sobrantes

.

- El material sobrante se encuentra en puntos del frente de obra, durante este mes de septiembre se ha hecho cargue y descargue de material RCD en obra, y este material se ha dispuesto en un lote para donación por medio del municipio, se han donado más de 1.995m3 de material de excavación en el mes de septiembre, las maquinas siguen realizando actividades de excavación mecánica y relleno de zapatas en frente de obra,

Disposición de materiales sobrantes

- La disposición del material sobrante (RCD) se reutiliza como relleno en frente de obra, de acuerdo a lo

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 4	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo y disposición de materiales sobrantes RCD	FICHA: PMA – AC - 04

previsto en el contrato.

Manejo de reutilizables

- Los materiales sobrantes que se reutilizan en obra están almacenados en un sitio específico y están debidamente señalizados, se minimiza la posibilidad de dispersión del material particulado evitando incidentes ambientales.
- En cumplimiento a lo establecido en la resolución 1257 de 2021 se usará el 20% de material sobrante dentro del desarrollo de la obra como material de relleno y paisajismo

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental que asegure el cumplimiento de las actividades descritas en esta ficha, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.

Cronograma de aplicación de las actividades

Actividades	Cronograma Mes de septiembre del 2024			
	1	2	3	4
Manejo de materiales sobrantes				
Almacenamiento de materiales sobrantes				
Cumplir cabalmente con la Resolución No. 0472 del 2017				
Disponer de sitios de almacenamiento temporal de materiales sobrantes				
Limpieza de canales perimetrales en los sitios de acopio de materiales sobrantes				
Transporte de materiales sobrantes				
Cumplir cabalmente con la Resolución No. 0472 del 2017				
Asegurar que el volumen de carga de materiales obrantes en un vehículo cumpla con la normatividad vigente				
Cumplimiento de los requisitos técnico mecánicos de los vehículos de transporte de materiales sobrantes				
Disposición de materiales sobrantes				
Selección de una empresa para la disposición final de materiales sobrantes				
Almacenamiento de materiales sobrantes reutilizables				

Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental













MATERIALES SOBRANTES EN FRENTE DE OBRA













VEHICULOS EN OBRA PARA RETIROS RCD

Se retiró el material de excavación RCD en obras, este material se dispuso en un lote establecido por la alcaldía municipal, mediante un acta de donación del lugar donde se dispuso el material. Las volquetas que se utilizan para retirar el material van debidamente encarpadas hasta llegar a su punto de disposición final y cumplen con todas los requisitos de tránsito para su circulación.

ANEXO ACTA DE DONACION DE RESIDUOIS RCD



MUNICIPIO DE COVEÑAS | SECRETARÍA DE PLANEACIÓN OBRAS PÚBLICAS Y SANEAMIENTO BÁSICO.

LA SECRETARIA DE PLANEACIÓN, OBRAS PUBLICAS Y SANEAMIENTO BÁSICO MUNICIPAL DE COVEÑAS- SUCRE.

Que, en atención a solicitud realizada a este despacho por **NAYALIBE ELJACH MANJARREZ**, representante legal del **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE** identificada con NIT 901.811.441-3, en la cual solicita autorización para la disposición de material producto de los trabajos que se realizan en el marco del **CONTRATO DE OBRA No. LP-018-2023** Cuyo Objeto es **"CONSTRUCCION EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS-SUCRE.**

Teniendo en cuenta que el municipio no cuenta con Escombrera para disponer RCD, esta entidad AUTORIZA donar el material producto de las actividades constructivas en predio referenciado con cedula catastral **70221010200460101000**, cuya ubicación se encuentra en el sector EL EDEN, zona urbana del municipio de Coveñas, acuerdo a solicitud radicada a esta secretaría, el día 31 de julio del año en curso.

Es de anotar que el material a disponer se prohíbe arrojar en zonas de humedales y/o manglares.

Para mayor constancia se firma en Coveñas, a los (01) días del mes de agosto de 2024.

GERMAN EDUARDO ALVARINO NOVOA
Secretario de Planeación Municipal

Proyecto: Sugey Ayala
P.U Secretaria de Planeación

ALCALDÍA DE COVEÑAS, SUCRE
República de Colombia – Departamento de Sucre – Municipio de Coveñas
NIT: 823.003.543-7 - Calle 9B Nro. 23A – 15. Código postal: 706050
planeacion@covenas-sucre.gov.co - www.covenas-sucre.gov.co

e) Manejo de materiales de construcción

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 6	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo de materiales de construcción	FICHA: PMA – AC - 05
Objetivo	
o Establecer los requisitos para la adquisición de materiales de construcción durante las obras civiles. o Manejar adecuadamente los materiales de construcción minimizando cualquier alteración al ambiente circundante	
Metas	Indicadores
MS = Manejo de materiales de construcción Valor aceptable: 0	MS = Número de incidentes ambientales ocasionados por un deficiente manejo de materiales de construcción =
CM = Capacitación en manejo de materiales Valor aceptable: Entre el 80 y el 100%	$CM = \left(\frac{\text{No. de personas capacitadas en manejo de materiales de construcción}}{\text{No. total de personas encargadas de los frentes de obra}} \right) X\ 100$ = (—) = %
Responsables	Registros / Evidencias

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 6	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo de materiales de construcción	FICHA: PMA – AC - 05
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Informe de interventoría técnica y ambiental o Registro fotográfico o Licencias y/o permisos ambientales de proveedores de materiales o Facturas y/o soportes de compra de materiales en lugares autorizados

TIPO DE MEDIDA A EJECUTAR					
CONTROL		MITIGACION		MINIMIZAR	
PREVENCION		CORRECCION			

IMPACTOS A CONTROLAR

- Cambio en las propiedades fisicoquímicas y microbiológicas del suelo
- Variación de sedimentos en fuentes hídricas
- Alteración de la calidad del agua superficial
- Alteración de la calidad del aire por material Particulado (PM10)

ACCIONES A EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

3. Consideraciones de la entidad contratante

El contratante exigirá al contratista el estricto cumplimiento de lo indicado en la presente ficha para el manejo ambiental adecuado de las actividades especificadas. Lo anterior, se establecerá explícitamente en los documentos contractuales correspondientes entre la entidad contratante.

1. Manejo de materiales de construcción

Origen de los materiales de construcción

- Con el fin de garantizar la procedencia de los materiales de construcción se tienen la copia de los permisos ambientales de las instalaciones que proveen de estos materiales (plantas de triturado, concreto y/o asfalto, etc.).
- El proveedor de los materiales de construcción tales como, arena, grava, crudo de rio, piedra rajón, triturado, arena gruesa y delgada, etc., cuenta con licencia ambiental, para la "cantera San Nicolás de Bari" localizada en el municipio de Santa Cruz de Lorica- Córdoba amparada en el contrato concesión minera nº OD8-11331 Sobre un área de 63.2580 has. Esta licencia es otorgada a la señora María Cecilia Manjarrez Arteaga, con cedula de ciudadanía nº 43.272.817 expedida en Medellín, Colombia.

Transporte de materiales

- Los vehículos que transportan el material que ingresa al frente de obra cuenta con certificados de gases vigentes, revisión técnico mecánica, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, seguro contra terceros, y demás documentación exigida por las autoridades de tránsito. Los vehículos están en buen estado, cumpliendo los requisitos técnicos mecánicos, evitando así la contaminación por emisiones, material particulado o ruido.

Almacenamiento temporal de materiales de construcción

- El lugar de almacenamiento de los materiales están adecuadamente señalizado, evitando la dispersión de material particulado.
- Los materiales de construcción están debidamente cubiertos y demarcados con cintas de seguridad, en áreas autorizadas por la interventoría, con el fin de evitar incidentes ambientales.

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 6	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo de materiales de construcción	FICHA: PMA – AC - 05

Manejo de concretos

- La preparación del concreto se realiza con mezcladoras de concreto en el frente de la obra.

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental que asegure el cumplimiento de las actividades descritas en esta ficha, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.
Cronograma de aplicación de las actividades	

Actividades	Cronograma			
	Mes de Septiembre del 2024			
	1	2	3	4
Manejo de materiales de construcción				
Origen de los materiales de construcción				
Conservar permisos ambientales de la adquisición de materiales a terceros				
Transporte de materiales				
Los vehículos utilizados deberán cumplir con la normatividad en cuanto a tránsito y transporte y emisiones				
Almacenamiento temporal de materiales de construcción				
Instalar barreras que eviten el impacto visual del lugar de almacenamiento				
Disponer de extintores y kit anti derrames en el lugar de almacenamiento de sustancias peligrosas				

Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental

ANEXO FOTOGRAFICO



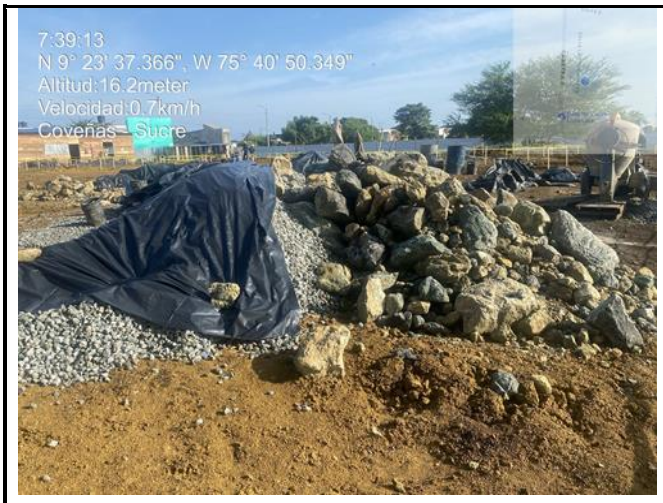








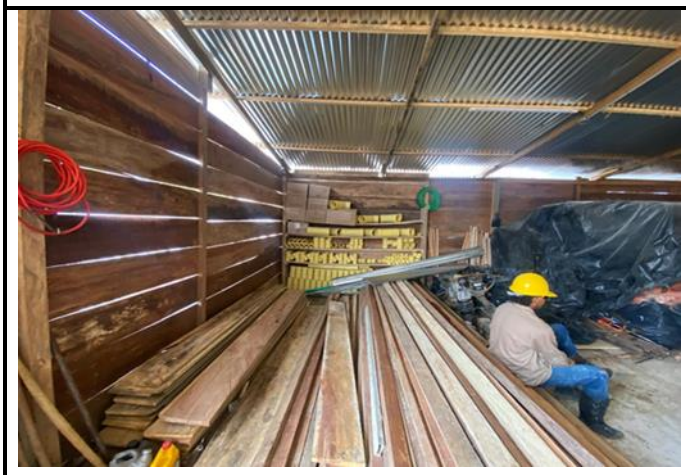














MATERIALES DE CONSTRUCCION EN FRENTE DE OBRA



CAMIÓN MEZCLADOR FST085
CAPACIDAD: 14.500KG/PSJ,
LICENCIA DE TRANSITO Nº 10021423204
REVISIÓN TÉCNICO-MECANICO Nº 169769490
Nº POLIZA SOAT : 4308005305817000



CAMIÓN MEZCLADOR WNV995
CAPACIDAD: 15.000KG/PSJ,
LICENCIA DE TRANSITO Nº 10030310269
REVISIÓN TÉCNICO-MECANICO Nº 172612333
Nº POLIZA SOAT : 4308004466671000

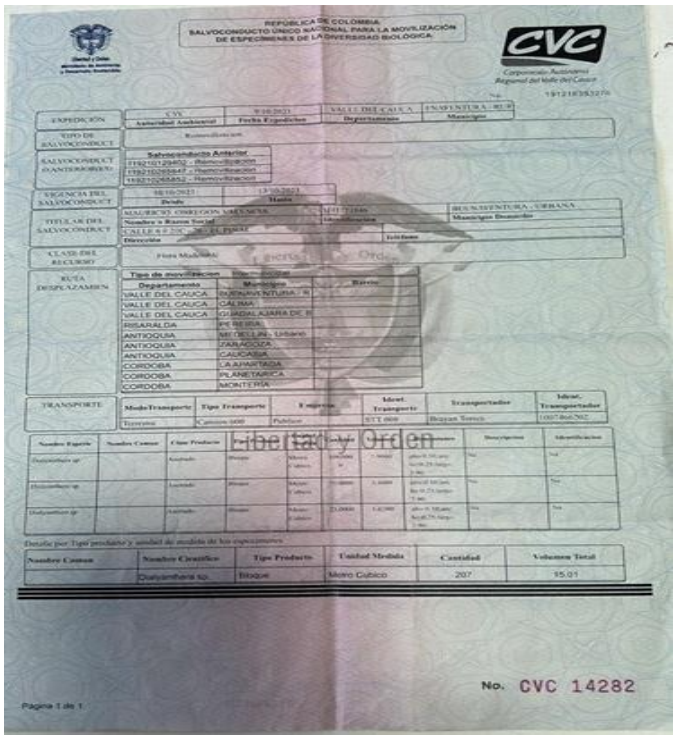


CAMIÓN MEZCLADOR WOX139
CAPACIDAD: 15.000KG/PSJ,
LICENCIA DE TRANSITO Nº 10030451892
REVISIÓN TÉCNICO-MECANICO Nº 169278487
Nº POLIZA SOAT : 4308004561892000



CAMIÓN BOMBA WCU323
CAPACIDAD: 2519KG/PSJ,
LICENCIA DE TRANSITO Nº 10016010943
REVISIÓN TÉCNICO-MECANICO Nº 171242840
Nº POLIZA SOAT : 2108004061776000

MATERIALES DE CONSTRUCCION EN FRENTE DE OBRA

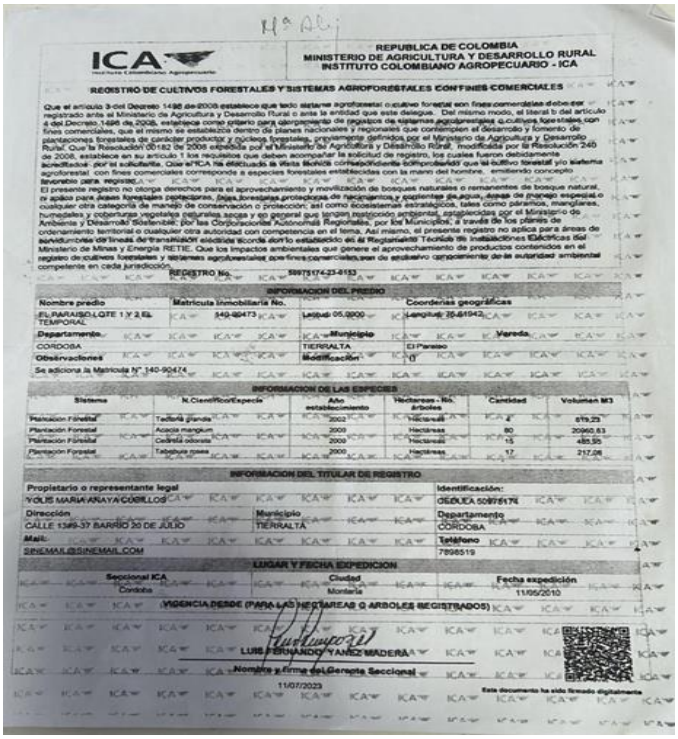


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SALVOCONDUCTO ÚNICO NACIONAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE ESPECÍMENES DE LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA

CVC
Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca

No. CVC 14282

Página 1 de 1



ICA
Instituto Colombiano Agropecuario

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL
INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO - ICA

REGISTRO DE CULTIVOS FORESTALES Y SISTEMAS AGROFORESTALES CON FINES COMERCIALES

INFORMACION DEL PREDIO

Nombre predio	Matricula Inmobiliaria No.	Coordenas geográficas
EL PARAISO LOTE 1 Y 2 EL TEMPORAL	140-90473	Latitud: 05.0000 Longitud: 75.64942
Departamento: CORDOBA	Municipio: TIERRALTA	Vereda: El Paraiso
Observaciones: Se adiciona la Matricula N° 140-90474	Modificación: 0	

INFORMACION DE LAS ESPECIES

Sistema	N.Cientifico/Especie	Año establecimiento	Hectareas - No. Arboles	Cantidad	Volumen M3
Plantación Forestal	Tectona grandis	2000	Hectareas	4	619.25
Plantación Forestal	Acacia mangium	2000	Hectareas	80	20960.63
Plantación Forestal	Cedrela odorata	2000	Hectareas	15	485.95
Plantación Forestal	Tabebuia rosea	2000	Hectareas	17	217.08

INFORMACION DEL TITULAR DE REGISTRO

Propietario o representante legal		Identificación:
YOLIS MARIA ARAYA CORTES		CEDULA 50975174
Dirección: CALLE 13#9-37 BARRIO 20 DE JULIO	Municipio: TIERRALTA	Departamento: CORDOBA
Mail: SINEMAIL@SINEMAIL.COM		Telefono: 7898519

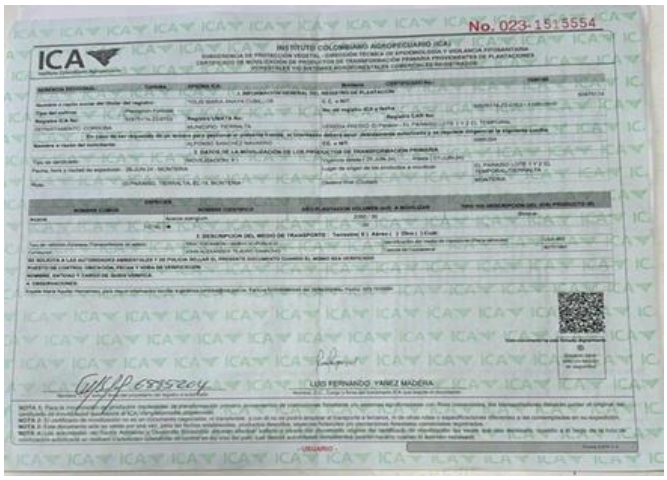
LUGAR Y FECHA EXPEDICION

Seccional ICA	Ciudad	Fecha expedición
Cordoba	Monteria	11/05/2010

VIGENCIA DESDE (PARA LAS HECTAREAS O ARBOLES REGISTRADOS)

LUIS FERNANDO YANEZ MADERA
Nombre y firma del Gerente Seccional
11/07/2023

Este documento ha sido firmado digitalmente



ICA
Instituto Colombiano Agropecuario

No. 023-1513554

LUIS FERNANDO YANEZ MADERA



PERMISOS AMBIENTALES DEL PROVEEDOR DE LA MADERA

f) Manejo de vegetación y capa orgánica

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 7	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo de vegetación y capa orgánica	FICHA: PMA – AC - 06

Objetivo

- Establecer las medidas ambientales para el adecuado manejo de remoción de cobertura vegetal y descapote en las áreas designadas para tal fin, minimizando los impactos generados por la intervención de estas zonas.

Metas	Indicadores
RCV = Remoción de cobertura vegetal Valor aceptable: 100%	$RCV = \left(\frac{\text{Volumen de material de cobertura vegetal dispuesto adecuadamente y/o reutilizado}}{\text{Volumen total de material de cobertura vegetal}}\right) X\ 100$ $= (\frac{3}{3})$ = %
RD = Remoción de descapote Valor aceptable: 100%	$RD = \left(\frac{\text{Volumen de material de descapote dispuesto adecuadamente y/o reutilizado}}{\text{Volumen total de material de descapote}}\right) X\ 100$ $= (\frac{3}{3})$ = %

Responsables	Registros / Evidencias
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Informe de interventoría técnica y ambiental o Registro fotográfico o Licencias y/o permisos ambientales de proveedores de materiales o Facturas y/o soportes de compra de materiales en lugares autorizados

TIPO DE MEDIDA A EJECUTAR

CONTROL		MITIGACION		MINIMIZAR	
PREVENCION		CORRECCION			

IMPACTOS A CONTROLAR

- Cambio en las propiedades fisicoquímicas y microbiológicas del suelo
- Variación de sedimentos en fuentes hídricas
- Alteración de la calidad del agua superficial
- Alteración de la calidad del aire por material Particulado (PM10)

ACCIONES A EJECUTAR EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

1. Consideraciones de la entidad contratante
   El contratante exigirá al contratista el estricto cumplimiento de lo indicado en la presente ficha para el manejo ambiental adecuado de las actividades especificadas. Lo anterior, se establecerá explícitamente en los documentos contractuales correspondientes entre y la entidad contratante.

2. Manejo de remoción de cobertura vegetal

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 7	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo de vegetación y capa orgánica	FICHA: PMA – AC - 06

- En frente de obra se tiene total cuidado de no dañar árboles ni vegetación existente más allá de las líneas de excavación y construcción que se muestren en los planos y demarcados en campo por la comisión de topografía con la aprobación de la interventoría.
  Se está esperando la respuesta de las CAR en este caso CARSUCRE para intervenir 3 árboles que están en frente de obra con el fin de compensar los daños ambientales generados.

3. Manejo de descapote

- El material orgánico retirado en la actividad de descapote, es almacenado temporalmente en lugares que cumplen con las siguientes condiciones: estabilidad geotécnica, baja pendiente, facilidad de acceso, distancia de mínimo 30 metros a cuerpos de agua. Lo anterior, con el objetivo de ser reutilizado en las labores de revegetalización y cubrimiento de taludes.

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental que asegure el cumplimiento de las actividades descritas en esta ficha, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.
Cronograma de aplicación de las actividades	

Actividades	Cronograma			
	Mes de septiembre del 2024			
	1	2	3	4
Manejo de remoción de cobertura vegetal				
Demarcar áreas a ser removidas				
La vegetación sobrante deberá ser reutilizada en la obra civil o dispuesta en un sitio apropiado				
Manejo de descapote				
Disponer el descapote en los sitios de almacenamiento temporal apropiados				
El descapote que no se reutilice disponerlo en los sitios apropiados				
El descapote deberá ser almacenado protegiéndolo del viento, la lluvia y el sol.				

Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental

ANEXO FOTOGRAFICO



DESCRIPCIÒN

NOMBRE	ABETO
ALTURA	7,60 M
DAP	0.46M



DESCRIPCIÓN

NOMBRE	CAMPANO
ALTURA	9,55 M
DAP	0,48 M



NOMBRE	CAMPANO
ALTURA	12,50 M
DAP	0.53M



NOMBRE	CARBONERO
ALTURA	6,60 M
DAP	0.25 M

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE FLORA Y FAUNA EN FRENTE DE OBRA

En frente de obras en el mes de agosto contamos con la visita de CARSUCRE para realizar el concepto ambiental de 4 árboles que serán intervenidos de acuerdo a lo que dicte la resolución que los ampara, durante el mes de septiembre seguimos esperando la respuesta de CARSUCRE para la compensación de los mismos.

g) Control de emisiones atmosféricas y ruido

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 8	
Programa: MANEJO DEL RECURSO AIRE	
Subprograma 1. Control de emisiones atmosféricas y ruido	FICHA:PMA – AC - 07

Objetivo

- Establecer las medidas ambientales para el manejo adecuado de fuentes de emisiones y ruido, con el fin de prevenir o mitigar los impactos negativos de las actividades de las obras civiles a la calidad del aire.
- Seguir lo estipulado en el Decreto 1076 de 2015 en el titulo 5 Reglamento de protección y control de la calidad del aire que aplique a las acciones realizadas en las etapas del proyecto.

Metas	Indicadores
R = Riego o humedecimiento de las zonas que lo requieren Valor aceptable: 100%	$R = \left(\frac{\text{No. de veces que se realiza riego al día}}{\text{No. de veces que se programa riego al día}}\right) X\ 100$ = (–) = %
CV = Certificación de vehículos Valor aceptable: 100%	$CV = \left(\frac{\text{No. de vehículos que cuenta con certificado de gases vigente}}{\text{No. total de vehículos en la obra civil}}\right) X\ 100$ = (—) = %
Responsables	**Registros / Evidencias**
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Registro fotográfico o Informe de interventoría técnica y ambiental o Certificado de gases, revisión técnico-mecánica y seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) de los vehículos utilizados en la obra civil

TIPO DE MEDIDA A EJECUTAR EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2024

CONTROL	☐	MITIGACION	☐	MINIMIZAR	▒
PREVENCION	▒	CORRECCION	☐		

IMPACTOS A CONTROLAR

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 8	
Programa: MANEJO DEL RECURSO AIRE	
Subprograma 1. Control de emisiones atmosféricas y ruido	FICHA:PMA – AC - 07

- Alteración de la calidad del aire por gases contaminantes (CO2, CO, SO2, NOX)
- Alteración de la calidad del aire por material Particulado (PM10)
- Disminución del confort acústico

ACCIONES EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

1. Consideraciones de la entidad contratante

El contratante exige al contratista el estricto cumplimiento de lo indicado en la presente ficha para el manejo ambiental adecuado de las actividades especificadas. Lo anterior, se establecerá explícitamente en los documentos contractuales correspondientes entre y la entidad contratante.

2. Manejo de fuentes de emisiones

- Los vehículos utilizados en la obra, tienen los certificados de emisiones atmosféricas vigentes, el proveedor garantiza el mantenimiento de los vehículos antes de ingresar a realizar las actividades dentro de la obra.
- Se mantiene el aislamiento de equipos como cortadores y pulidoras para mitigar la generación de material particulado.
- La velocidad de los vehículos dentro del área del proyecto es inferior a los 20 km/h.

3. Manejo de fuentes de ruido

- En medio de la ejecución de obras no se hizo uso de cornetas, bocinas, pitos y alarmas de los vehículos que están involucrados en la obra civil, a excepción de la alarma de reversa y los dispositivos diseñados para evitar accidentes o anunciar situaciones de emergencia.
- Se garantiza los niveles establecidos en la Resolución 0627 de 2006 (artículo 13 y articulo 17, sector C. Ruido intermedio restringido o la que haga sus veces).
- Se le provee a los trabajadores equipo de protección auditiva (tipo inserción).

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental que asegure el cumplimiento de las actividades descritas en esta ficha, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.

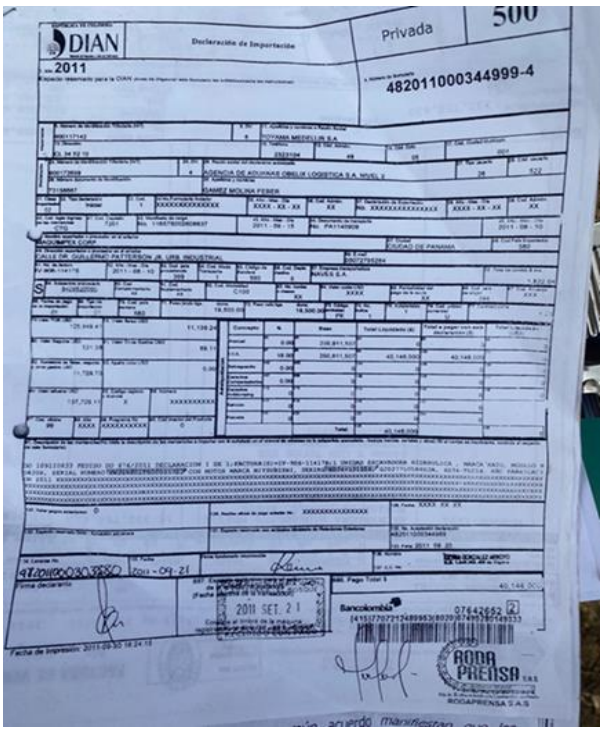
FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 8	
Programa: MANEJO DEL RECURSO AIRE	
Subprograma 1. Control de emisiones atmosféricas y ruido	FICHA:PMA – AC - 07
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.

Cronograma de aplicación de las actividades

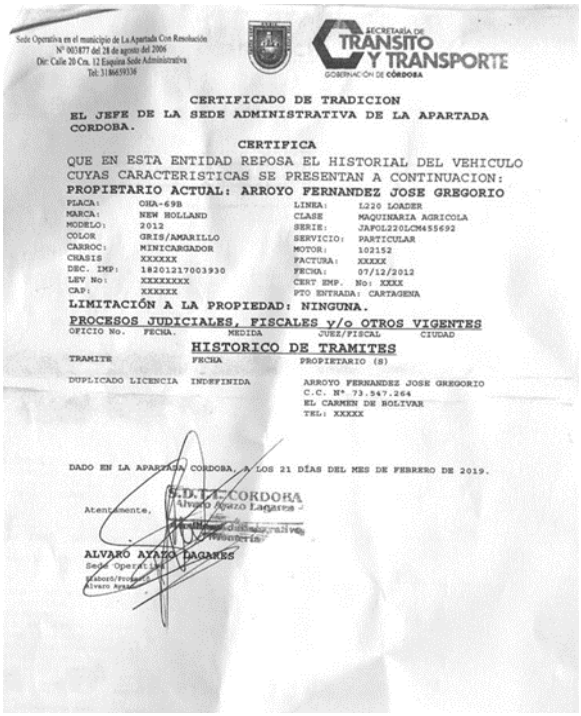
Actividades	Cronograma			
	Mes de Septiembre del 2024			
	1	2	3	4
Manejo de fuentes de emisiones				
Instalación de polisombra en los frentes de obra				
Mantenimientos a vehículos, equipos y maquinarias				
Aislamiento de equipos para mitigar la generación de material particulado.				
Cubrimiento de la carga que transportan los vehículos de la obra civil.				
Operación de vehículos, maquinaria y equipos en horarios permitidos.				
Manejo de fuentes de ruido				
Revisar la solicitud de permisos de ruido nocturno si aplica				
No usar cornetas ni pitos en los vehículos de la obra civil				
Garantizar los niveles de ruido de la norma Resolución 627 de 2017 o la que aplique.				
Proveer de protección auditiva a los trabajadores				

Observaciones	Hasta la fecha no se hace necesario pasar la solicitud de permisos para ruidos nocturnos, debido a que aún no se han iniciado trabajos nocturnos.

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 8	
Programa: MANEJO DEL RECURSO AIRE	
Subprograma 1. Control de emisiones atmosféricas y ruido	FICHA:PMA – AC - 07
	En la ficha técnica PMA-AC-02 Se encuentran los anexos de los vehículos que ingresaron en el frente de obra durante el mes de agosto del 2024, como RUT, SOAT y licencia de conducción
Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental



DECLARACION DE IMPORTACION RETROEXCAVADORA



CERTIFICADO DE TRADICION MINICARGADOR









POLISOMBRA EN FRENTE DE OBRA

Se utilizan poli sombras en cada frente de trabajo con el fin de crear una barrera física que ayude a proteger el área de trabajo de los rayos solares, generando sombra y controlando la temperatura.





CONTROL Y SEGUIMIENTO AL CUBRIMIENTO DE CARGA QUE TRANSPORTAN LOS VEHICULOS

Todos los vehículos que transportan el material particulado sale debidamente carpado de obras y cuentan con todos los documentos de transito al día.





PROTECTORES AUDITIVOS

Los trabajadores en cada frente de obra cuentan con sus con los protectores auditivos previniendo la pérdida de audición inducida por el ruido.

h) Excavaciones y rellenos

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 10	
Programa: MANEJO DEL RECURSO SUELO	
Subprograma 1. Excavaciones y rellenos	FICHA:PMA – AC - 9

Objetivo

- Establecer las medidas necesarias para el manejo de los movimientos de tierra y material sobrante asociado a las excavaciones durante la construcción del proyecto.

Metas	Indicadores
Dar adecuada disposición al 100% de los materiales sobrantes generados durante los movimientos de tierra en la construcción del proyecto	(IDO) Disposición de material: (Volumen de material dispuesto en el Zodme o escombrera municipal / Volumen de material generado en las actividades que implican movimientos de tierra) = 1
Responsables	**Registros / Evidencias**
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Registro fotográfico o Informe de interventoría técnica y ambiental

TIPO DE MEDIDA A EJECUTAR

CONTROL	☐	MITIGACION	☐	MINIMIZAR	☐
PREVENCION	■	CORRECCION	☐		

IMPACTOS A CONTROLAR

- Activación de procesos erosivos
- Alteración del paisaje

ACCIONES EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

4. Consideraciones de la entidad contratante

El contratante exigirá al contratista el estricto cumplimiento de lo indicado en la presente ficha para el manejo ambiental adecuado de las actividades especificadas. Lo anterior, se establecerá explícitamente en los documentos contractuales correspondientes entre y la entidad contratante.

1. Manejo de excavaciones

- Durante el mes de Septiembre se realizan labores de excavación en el frente de obra, se aísla totalmente el área excavada, se delimita el área con cinta como medida de protección que indica la labor que se está realizando.
- Se ubica los materiales de los frentes de obra en sitios que no interfieran con el tránsito peatonal o vehicular.
- Los residuos de excavaciones se adecuan de manera temporal, del mismo modo este material es reutilizado en obras.
- La madera que se utiliza en obra para la construcción y adecuación de campamentos se encuentra libre de clavos, nudos grandes y astillas.

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental que asegure el cumplimiento de las actividades descritas en esta ficha, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 10	
Programa: MANEJO DEL RECURSO SUELO	
Subprograma 1. Excavaciones y rellenos	FICHA:PMA – AC - 9
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.
Cronograma de aplicación de las actividades	

Actividades	Cronograma			
	Mes de septiembre del 2024			
	1	2	3	4
Manejo de escombros y rellenos				
Delimitación de áreas a ser intervenidas				
Asignación de áreas para acopio temporal				
Implementación de medidas de manejo para el acopio de materiales en el área asignada				
Limpieza y recuperación de áreas intervenidas				

Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental

ANEXO FOTOGRAFICO









EXCAVACION EN FRENTE DE OBRA

i) Manejo de residuos líquidos

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 11	
Programa: MANEJO DEL RECURSO HIDRICO	
Subprograma 1. Manejo de residuos líquidos	FICHA: PMA – AC - 10
Objetivo	
o Realizar un adecuado manejo de los residuos líquidos que se pueden generar en las actividades de obras civiles, de acuerdo con la legislación ambiental vigente, y como mecanismo de minimización de cualquier alteración al ambiente.	

Metas	Indicadores
DP = Disposición final de residuos líquidos Valor aceptable: 100%	$DP = \left(\frac{\text{Cantidad de residuos líquidos dispuestos adecuadamente}}{\text{Cantidad de residuos líquidos generados}}\right) X\ 100$ = (———) = %
MB = Mantenimiento de baños portátiles Valor aceptable: 100%	$MB = \left(\frac{\text{No. de baños portátiles con mantenimiento}}{\text{No. total de baños portátiles}}\right) X\ 100$ = (—) = %
MT = Mantenimientos a trampas de grasas Valor aceptable: 100%	$MT = \left(\frac{\text{N° de mantenimientos realizadas a trampas de grasas}}{\text{N° de mantenimientos programados a trampas de grasas}}\right) X\ 100$ No aplica para este mes.
CP = Capacitaciones al personal de la obra civil Valor aceptable: 100%	$CP = \left(\frac{\text{Número de personas capacitadas en manejo de residuos líquidos}}{\text{Número total de empleados}}\right) X\ 100$ = (—) = %

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 11	
Programa: MANEJO DEL RECURSO HIDRICO	
Subprograma 1. Manejo de residuos líquidos	FICHA: PMA – AC - 10

Responsables	Registros / Evidencias
o Supervisor para la ejecución de la obra o Contratista encargado de la ejecución de la obra o Interventoría de obras y ambiental	o Registro fotográfico o Informe de interventoría técnica y ambiental o Certificado de disposición final de residuos líquidos o Registro generación de residuos líquidos

TIPO DE MEDIDA A EJECUTAR

CONTROL		MITIGACION		MINIMIZAR	
PREVENCION		CORRECCION			

IMPACTOS A CONTROLAR

- Contaminación de las fuentes de agua por vertimiento de sustancias inertes, tóxicas o biodegradables
- Variación de sedimentos en fuentes hídricas
- Alteración de la calidad del agua superficial
- Alteración de la calidad del agua subterránea

ACCIONES EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

1. Consideraciones de la entidad contratante

El contratante exigirá al contratista el estricto cumplimiento de lo indicado en la presente ficha para el manejo ambiental adecuado de las actividades especificadas. Lo anterior, se establecerá explícitamente en los documentos contractuales correspondientes entre y la entidad contratante.

2. Manejo de residuos líquidos

Los residuos líquidos generados en las actividades en frente de obra:

- En el mes de septiembre se realizaron las conexiones y se adecuaron los sanitarios donde ese generan aguas residuales de los 11 baños provisionales instalados en obra.
- se genera aguas residuales provenientes del lavado de equipos y materiales en frente de obra.

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 11	
Programa: MANEJO DEL RECURSO HIDRICO	
Subprograma 1. Manejo de residuos líquidos	FICHA: PMA – AC - 10

Prevención y minimización

- Se realiza capacitación a todos los trabajadores sobre el manejo adecuado de residuos líquidos.
- Se construyeron 11 unidades sanitarias en el frente de obra, con esto se gestiona adecuadamente los residuos líquidos generados, los baños están en funcionamiento se les dicta charlas de sensibilización ambiental a los trabajadores para evitar desperdiciar el agua que se genera dentro de la obra.

Almacenamiento temporal

- Se cuenta con un sitio de almacenamiento temporal de residuos líquidos en el frente de obra.
- Se tiene disponible en frente de obra un área específica para el almacenamiento temporal de los residuos líquidos peligrosos, el área de almacenamiento está ubicado en un área de bajo tránsito de personal y vehicular, de fácil acceso, cuenta con ventilación e iluminación natural, impermeable (placa de concreto), posee un sistema de prevención y atención de emergencias (extintor y kit anti derrames), y está señalizado internamente y externamente
- Los aceites usados se almacenan independiente de los demás tipos de residuos líquidos o sólidos

Tratamiento y disposición final

- Se hacen las conexiones de las aguas residuales domesticas a la red municipal.

Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental que asegure el cumplimiento de las actividades descritas en esta ficha, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.
Mecanismos y estrategias participativas	Específicamente no se requiere participación comunitaria para la implementación de esta ficha. Sin embargo, se debe considerar la mano de obra para desarrollar las actividades.
Cronograma de aplicación de las actividades	

Actividades	Cronograma
	Mes de septiembre

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 11					
Programa: MANEJO DEL RECURSO HIDRICO					
Subprograma 1. Manejo de residuos líquidos					FICHA: PMA – AC - 10
	del 2024				
	1	2	3	4	
Manejo de residuos líquidos					
Prevención y minimización					
Realizar todas las actividades en cuanto a prevención y minimización se refiere					
Almacenamiento temporal					
Realizar todas las actividades en cuanto a almacenamiento temporal se refiere					
Tratamiento y disposición final					
Realizar todas las actividades en cuanto a tratamiento y disposición final se refiere					
Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental				

ANEXO FOTOGRAFICO





ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS LÍQUIDOS EN FRENTE DE OBRA





CONEXIÓN A RED DE AGUAS RESIDUALES Y CONSTRUCCION DE BAÑOS EN OBRA





PUNTO DE ALMACENAMIENTO DE AGUAS DOMESTICAS EN OBRA

En obra contamos con dos tanques de almacenamiento de 2000L c/u en el mes de septiembre, con el fin de proveer de agua el proyecto durante el tiempo que lo requiera.

Derrame de combustible

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 13	
Programa: ATENCION DE CONTINGENCIAS	
Subprograma 1. Derrame de combustible	**FICHA:** PC – AC - 02

Objetivo

- Saber cómo actuar y qué hacer ante el derrame de combustible en cualquier etapa y lugar de desarrollo del proyecto.
- Minimizar los daños e impactos generados por el derrame de combustible.
- Identificar y minimizar los factores de riesgo existentes que pueda generar el derrame de combustible.

IMPACTOS A CONTROLAR

- Contaminación del suelo
- Contaminación del agua
- Afectaciones en la salud
- Afectación de fauna y flora

ACCIONES EJECUTADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2024

Estos derrames pueden ocurrir cuando se realiza el abastecimiento de combustible de la maquinaria o por daños presentados durante su funcionamiento; jamás por mantenimiento realizado en el lugar del proyecto. Estos derrames se presentan cuando las herramientas utilizadas no son las adecuadas y no se cumple con los lineamientos establecidos para estos procedimientos. Un derrame puede ocurrir cuando se abastece de combustible la maquina o por daños causados

¿Qué hacer en caso de derrame de combustible?

1. Ante todo utilizar los elementos de protección personal.
2. Evaluar el tamaño y el lugar de la emergencia.
3. Identificar el tipo de líquido o residuo contaminante y la cantidad derramada.
4. Identifica el entorno y zonas peligrosas, eliminando las fuentes de energía y puntos de ignición.
5. Eliminar el punto de fuga del combustible y evitar que este siga derramándose.
6. Dar aviso a la brigada ambiental.
7. Señalice el área.
8. Evite el traspaso de personas ajenas al evento
9. Retire con herramientas antichispas el exceso de material derramado
10. Use almohadillas para retirar las “islas” de hidrocarburo remanente
11. Retire material contaminado y limpie el área afectada
12. Empaque el material y dispóngalo adecuadamente según el procedimiento de residuos peligrosos

Lugar De Aplicación	Área de influencia directa





PLAN DE CONTINGENCIA

En frente de obras se realizan las actividades de suministro de combustible para las maquinas, con el objetivo de evitar contaminación del suelo por derrames de combustible se utiliza un plástico con el fin de cubrir el área y se tiene a mano el kit anti derrames dispuesto en obras para cualquier evento de emergencias.

7. CONCLUSIONES

El plan de manejo ambiental del contrato N° LP-018-2023 cuyo objeto es Construcción, Equipamiento Fijo Y Dotación Del Hospital Del Golfo De Morrosquillo En El Municipio De Coveñas, Sucre entre Consorcio CMO Hospital Sucre y la Gobernación de Sucre, y junto con la interventoría del proyecto que realizará el Consorcio Interhospital Coveñas 2024. Busca que la ejecución de la obra se trabaje conjuntamente, mediante la conformación de un grupo ambiental, los cuales darán cumplimiento a la ejecución y puesta en marcha del PMA, con el fin de cumplir con cada uno de los programas estipulados en la ficha técnica del PMA y la normatividad que lo ampara, este grupo está conformado por la ingeniera ambiental, el auxiliar SG-SST, la directora de obra, y el ingeniero residente de obra.

La elaboración del plan de manejo ambiental establece metodologías prácticas para realizar el seguimiento y evaluación de las medidas ambientales con el fin de medir la aplicabilidad y eficiencia de las mismas, planteando acciones correctivas y de mejoramiento en la parte constructiva del proyecto.

Durante el mes de septiembre del 2024, se le hizo seguimiento a las actividades que están contempladas en el PMA con el fin de que se cumplieran durante la ejecución de la obra, se realizaron charlas de sensibilización ambiental a los trabajadores que se encuentran en frentes de obras, se realiza visita a la comunidad del sector donde se está ejecutando el proyecto, con el fin de atender las quejas y/o reclamos que estos tengan, para ponerlos en contexto con las actividades ambientales que se están llevando a cabo en obras y así contribuir a mejorar el medio ambiente, aumentando la concienciación y el conocimiento de la comunidad sobre los problemas ambientales a los que se le hace seguimiento, se les explica cómo se está implementando el plan de manejo ambiental para prevenir, mitigar, corregir y/o compensar el medio ambiente durante la ejecución de la parte constructiva del proyecto e incentivar el desarrollo sostenible.

Cabe resaltar que estamos en la parte constructiva del proyecto, durante el mes de septiembre se adecuaron 11 baños provisionales, los cuales ya están en funcionamiento, se realizaron actividades de construcción como: excavaciones del terreno con maquinaria amarilla, vaciado de solado de las zapatas, actividades de fundida de concreto para zapatas y la misma actividad de fundida de concreto para columnas, se hizo armado del acero para vaciado de columnas y zapatas, se hizo armado de acero de vigas y viguetas, se hace armado de acero para el muro de contención, se armó la formaleta para viga, vigueta y muro de contención y finalmente se fundieron vigas, viguetas y muros de contención, se armaron la formaletas (tarima) para las placas aligeradas de concreto, entre otras actividades. Junto con la Corporación Autónoma Regional, de Sucre CARSUCRE, el consorcio solicita la autorización para el aprovechamiento forestal, de los 4 árboles que hay que ser removidos en el frente de obra, por lo tanto en el mes de septiembre estuvimos esperando la resolución que ampara el concepto técnico de estos 4 árboles: 2 campanos, 1 carbonero y 1 abeto, hasta la fecha aún no nos han notificado el oficio de CARSUCRE.

Las fichas ambientales para dar con el cumplimiento a lo establecido en el plan de manejo ambiental del sistema de seguridad industrial y salud ocupacional, señalización, y el programa de gestión social, son remitidos al informe SG-SST y al informe del componente social, con el fin de garantizar que todas las actividades de la ficha técnica se lleven a cabo.

ANEXO FOTOGRÁFICO





CAPACITACIONES Y CHARLAS AMBIENTALES

Capacitación sobre buenas prácticas a los obreros en frete de obras la obra de construcción y capacitación al personal en obra sobre buenas prácticas, conservación de flora y fauna y sobre uso y manejo de los residuos que se generan diariamente en frente de obra, durante este mes se hace visita a las comunidades y se le hace limpieza a frentes de fachada en una vivienda que fue contaminada por concreto con un vehículo mezclador, eso con el fin de atender la comunidad y cuidar y proteger el medio ambiente.

ACTA DE CONFORMACION DEL GRUPO DE GESTION AMBIENTAL

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

Desde el 25 de Julio al 24 de septiembre del 2024 en las instalaciones donde se está ejecutando el proyecto del contrato No. LP-018-2023, se llevó a cabo la reunión para la conformación del grupo ambiental del proyecto.

El objeto de esta reunión es establecer un equipo encargado de supervisar y garantizar el cumplimiento de las normas y políticas ambientales durante la ejecución de la obra.

Se establecen medidas sólidas para garantizar el cumplimiento de normativas e implementación de buenas prácticas durante el desarrollo de la obra de construcción

Objetivo del grupo de gestión ambiental

Promover la conservación y el uso sostenible de los recursos naturales.

Conservar la flora y la fauna durante la operación.

Eliminar y/o minimizar los impactos ambientales durante la ejecución de la obra.

Fomentar la reducción, reutilización y reciclaje de los residuos sólidos dentro de la obra.

Establecer canales de comunicación local con la comunidad.

Responsabilidades del grupo de gestión ambiental

El grupo ambiental tiene las siguientes responsabilidades:

Monitoreo y control de residuos: asegurar el correcto manejo, almacenamiento y disposición final de los residuos generados en la obra.

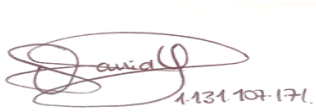
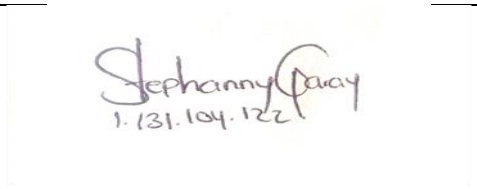
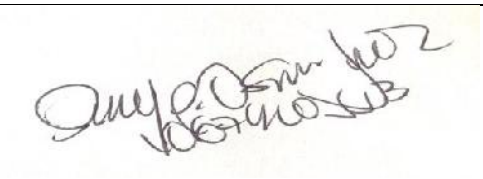
Educación y capacitación: implementar programas de capacitación para el personal sobre prácticas ambientales.

Monitoreo de impactos ambientales: realizar evaluaciones periódicas para identificar y mitigar impactos ambientales potenciales derivado de las actividades de construcción.

Cumplimiento normativo: asegurar que todas las actividades de la obra cumplan con las leyes y regulaciones legales vigentes.

Comunicación con la comunidad: establecer canales de comunicación con la comunidad local para informar sobre las actividades del proyecto y abordar cualquier preocupación ambiental que pueda surgir.

Participantes:

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Tania Yeneris Padilla	Ing. Ambiental y sanitaria	
2	Stephanny Garay Salgado	Auxiliar SG-SST	
3	Diney Pamela Ospino Jiménez	Residente de obras técnicas parte arquitectónica.	
4	Víctor Cruz Paternina	Residente auxiliar técnico de obras.	
5	Karolay Caraballo Reyes	Psicóloga	

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



CONTRATO DE OBRA N° LP-018-2023

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

Elaboró:
LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA
ING. INDUSTRIAL
ESP. HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
ESP. GESTIÓN AMBIENTAL

CONTRATO DE OBRA N° LP-018-2023

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

INFORME DE GESTIÓN MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 4

PERIODO: 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE

CONTRATISTA:
CONSOCIO CMO HOSPITAL SUCRE
NIT. 901811441-3

2024

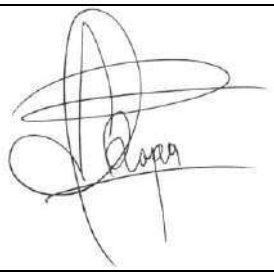
"CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE	
DOCUMENTO:	INFORME DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No.4
Periodo:	1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2024
No. Contrato de Interventoría	No. CM-001-2024
No. Contrato de Obra	N° LP-018-2023
Elaboró: Especialista SG-SST LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	Firma: 
Reviso y aprobó: Representante legal NAYALIBE ELJACH MANJARREZ	Firma: 

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 6

2. OBJETIVOS 7

2.1. OBJETIVO GENERAL 7

2.2. OBJETIVO ESPECIFICO 7

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 8

4. ALCANCE DEL INFORME 15

5. JUSTIFICACIÓN 15

6. GENERALIDADES DEL PROYECTO 15

6.1. CONTRATO DE OBRA. 15

6.2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 17

6.2.1. LOCALIZACIÓN GENERAL 17

7. RECURSOS 17

7.1. RECURSO HUMANO 17

7.2. INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO 20

8. SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 20

8.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS 21

8.3. PAGO DE APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 21

8.4. DESIGNACIÓN RESPONSABLE SST 22

8.5. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES 23

8.6. INDUCCIÓN PERSONAL 23

8.7. NOTIFICACIÓN DE RIESGO. 24

8.8. DESARROLLO DE CAPACITACIONES EN SST. 24

8.9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 24
8.9.1. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES 24
8.9.2. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD..... 25
8.9.3. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL PROYECTO 27
8.9.4. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO 28
8.10. MANEJO ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA ... 28
8.11. ENTREGA DE DOTACIONES Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 31
8.12. INSPECCIONES PLANEADAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO33
8.13. REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS 33
8.14. PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS. 34
8.15. SUSTANCIAS QUIMICAS 34
8.16. PERMISOS DE TRABAJO Y ANALISES DE TRABAJO SEGURO 35
8.17. HERRAMIENTAS, VOLQUETAS, MAQUINAS Y EQUIPOS 35
8.18. MANEJO DE MAQUINARIA, VEHÍCULO Y EQUIPOS 35
8.19. INSTALACIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN EN LA OBRA 36
8.20. ESTABLECIMIENTO DEL PUNTO DE HIDRATACIÓN 36
8.21. SEGUIMIENTO Y CONTROL A SUBCONTRATISTAS 37
8.22. BAÑOS RESOLUCIÓN 2400 DE 1979. 37
8.23. COMITÉ PARITARIO O VIGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO37
8.24. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL. 37
8.25. BRIGADAS DE ASEO..... 38
9. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE TODAS LAS ACTIVIDADES DELSISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. **38**
10. CONCLUSIONES **39**
11. ANEXOS **40**

1. INTRODUCCIÓN

Las obras de infraestructura generan importantes impactos en el ambiente y la población que deben ser regulados a través del plan de gestión integral de obra, el cual está fundamentado en el cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo, calidad y medio ambiente. Por un lado, la calidad de vida, salud física y mental del trabajador, el desarrollo de sus capacidades y desempeño, desarrollo personal y social, son promovidas a través del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo implementado durante todas las etapas constructivas del proyecto.

De otro lado, las prácticas de control, prevención, mitigación y/o compensación de los múltiples impactos ambientales generados por las actividades propias del proceso constructivo son objeto de trabajo del Plan de gestión integral de obra, el cual es generado y ejecutado por el contratista de obra. El cual es basado en la legislación vigente, lo cual permite establecer metodologías y estrategias claras que apunten al crecimiento de las empresas en una relación armónica con la naturaleza, minimizando la contaminación, compensando los impactos negativos que se generan y en el mejor de los casos, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones ambientales en el área de intervención. Todas las personas vinculadas de manera directa (contratistas, subcontratistas, entre otros) o indirecta (comunidad del sector) a una obra de construcción, presentan algún tipo de riesgo relacionado con lesiones, incidentes, accidentes y enfermedades, esto aunado a los efectos nocivos de la contaminación ambiental que se genera como consecuencia de las actividades de la obra, representan un alto nivel de influencia de un proyecto constructivo en la comunidad. Por lo anterior, es necesario adoptar medidas que protejan la integridad de la población, cumpliendo con las disposiciones legales que promuevan buenas prácticas en obra, generar consciencia en el personal acerca del autocuidado y el uso responsable de los recursos naturales.

De lo anterior es importante realizar un seguimiento a cada una de las etapas constructivas, desarrollando las herramientas de control que garanticen el cumplimiento de las obligaciones contractuales. En el presente documento, se relacionan las actividades de seguimiento realizadas por la interventoría, al contratista en el CONTRATO N° LP-018-2023 “CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE”.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Hacer seguimiento al desarrollar las actividades planificadas o programadas en el Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, para evitar, mitigar, corregir o compensar los impactos negativos y promover los impactos positivos asociados a la ejecución del CONTRATO No LP-018-2023 “CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE”.

2.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Verificar los cumplimientos de los controles establecidos en la identificación de los peligros y evaluación de los riesgos, en el desarrollo de las diferentes actividades ejecutas en el proyecto.

- Revisar los registros o documentación; donde se evidencia el cumplimento en materia de seguridad, salud en el trabajo y medio.

- Hacer recomendaciones en el desarrollo de procedimientos según la etapa constructiva o avance del proyecto.

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

Acción de mejora: Acción de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, para lograr mejoras en el desempeño de la organización en la seguridad y la salud en el trabajo de forma coherente con su política.

Acción preventiva: Acción para eliminar o mitigar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

Actividad no rutinaria: Actividad que no forma parte de la operación normal de la organización o actividad que la organización ha determinado como no rutinaria " por su baja frecuencia de ejecución.

Actividad rutinaria: Actividad que forma parte de la operación normal de la organización, se ha planificado y es estandarizable.

Alta dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

Amenaza: Peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales.

Auto-reporte de condiciones de trabajo y salud: Proceso mediante el cual el trabajador o contratista reporta por escrito al empleador o contratante las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo.

Centro de trabajo. Se entiende por Centro de Trabajo a toda edificación o área· a cielo abierto destinada a una actividad económica en una empresa determinada.

Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:

Planificar: Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.
Hacer: Implementación de las medidas planificadas.
Verificar: Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados.
Actuar: Realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores.
Eficacia: Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.
Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
Emergencia: Es aquella situación de peligro o desastre o la inminencia del mismo, que afecta el funcionamiento normal de la empresa. Requiere de una reacción inmediata y coordinada de los trabajadores, brigadas de emergencias y primeros auxilios y en algunos casos de otros grupos de apoyo dependiendo de su magnitud.
Evaluación del riesgo: Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad de que dicho riesgo se concrete y al nivel de severidad de las consecuencias de esa concreción.
Evento Catastrófico: Acontecimiento imprevisto y no deseado que altera significativamente el funcionamiento normal de la empresa, implica daños masivos al personal que labora en instalaciones, parálisis total de las actividades de la empresa o una parte de ella y que afecta a la cadena productiva, o genera, destrucción parcial o total de una instalación. .
Identificación del peligro: Proceso para establecer si existe un peligro y definir las características de éste.
Indicadores de estructura: Medidas verificables de la disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender las demandas y necesidades en Seguridad y Salud en el Trabajo.
Indicadores de proceso: Medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del SG-SST.
Indicadores de resultado: Medidas verificables de los cambios alcanzados en el período definido, teniendo como base la programación hecha y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión.

Matriz legal: Es la compilación de los requisitos normativos exigibles a la empresa acorde con las 'actividades propias e inherentes de su actividad productiva, los cuales dan los lineamientos normativos y técnicos para desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST, el cual deberá actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables.

Mejora continua: Proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en este campo, de forma coherente con la política de Seguridad y Salud en el Trabajo SST de la organización.

No conformidad: No cumplimiento de un requisito. Puede ser una desviación de estándares, prácticas, procedimientos de trabajo, requisitos normativos aplicables, entre otros.

Peligro: Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.

Condiciones de salud: El conjunto de variables objetivas y de auto -reporte de condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan el perfil sociodemográfico y de morbilidad de la población trabajadora.

Condiciones y medio ambiente de trabajo: Aquellos elementos, agentes o factores que tienen influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores. Quedan específicamente incluidos en esta definición, entre otros: a)· las características generales de los locales, instalaciones, máquinas, equipos, herramientas, materias primas, productos y demás útiles existentes en el lugar de trabajo; b) Los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia; c) los procedimientos para la utilización de los agentes citados en el apartado anterior, que influyan en la generación de riesgos para los trabajadores y; d) la organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos o biomecánicos y psicosociales.

Descripción sociodemográfica: Perfil socio demográfico de la población trabajadora, que incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de trabajadores, tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato

socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, área de trabajo, edad, sexo y turno de trabajo.

Efectividad: Logro de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo con la máxima eficacia y la máxima eficiencia.

Política de seguridad y salud en el trabajo: Es el compromiso de la alta dirección de una organización con la seguridad y la salud en el trabajo, expresadas formalmente, que define su alcance y compromete a toda la organización.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.

Rendición de cuentas: Mecanismo por medio del cual las personas e instituciones informan sobre su desempeño.

Revisión proactiva: Es el compromiso del empleador o contratante que implica la iniciativa y capacidad de anticipación para el desarrollo de acciones preventivas y correctivas, así como la toma de decisiones para generar mejoras en el SGSST.

Revisión reactiva: Acciones para el seguimiento de enfermedades laborales, incidentes, accidentes de trabajo y ausentismo laboral por enfermedad.

Requisito Normativo: Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por una norma vigente y que aplica a las actividades de la organización.

Riesgo: Combinación' de la probabilidad de que ocurra una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por éstos.

Valoración del riesgo: Consiste en emitir un juicio sobre la tolerancia o no del riesgo estimado.

Sistema General de Riesgos laborales: Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Riesgos Laborales: Son riesgos laborales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional.

Accidente de Trabajo: Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente, el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

Enfermedad Profesional: Se considera enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el gobierno nacional.

SST: Conjunto de disciplinas que tienen como finalidad la promoción de la salud en el trabajo a través del fomento y mantenimiento del más elevado nivel de bienestar en los trabajadores, previniendo alteraciones de la salud generadas por las condiciones de trabajo, protegiéndolos contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes nocivos y colocándolos en un cargo acorde con sus aptitudes físicas y psicológicas.

Factores de Riesgo: Aquellas condiciones del ambiente, la tarea, los instrumentos, los materiales, la organización y el contenido del trabajo que encierran un daño potencial en la salud física o mental, o sobre la seguridad de las personas.

Comité Paritario: Organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de SST dentro de la empresa.

Riesgo: La probabilidad de ocurrencia de un evento generado por una condición de trabajo capaz de desencadenar alguna lesión o daño de la salud e integridad del trabajador; daño en los materiales y equipos o alteración del ambiente laboral y extra laboral.

Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo: El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora, continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la

auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo. Con actividades tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones y que deben ser desarrolladas en sus sitios de trabajo en forma integral e interdisciplinaria.

Morbilidad: Número proporcional de personas que enferman en una población en un tiempo determinado.

Mortalidad: Número proporcional de personas que mueren en una población en un tiempo determinado.

Ausentismo: Se denomina al número de horas programadas, que se dejan de trabajar como consecuencia de los accidentes de trabajo o las enfermedades laborales.

Incidente de trabajo: Evento imprevisto que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo, sin consecuencias directas para la salud del trabajador.

Incidencia: Medida dinámica de la frecuencia con que se presentan o inciden por primera vez, los eventos de salud o enfermedades en el periodo.

Prevalencia: Medida de la frecuencia con que existe un evento de salud o enfermedad en el momento, independientemente de cuándo se haya originado.

Tasa El coeficiente o tasa es la relación existente entre la población que presenta un hecho particular, la población susceptible a ese hecho.

Proporción: Es la relación existente entre parte de una población y el total de la misma. Expresa la relación de una parte con el todo.

Índice o razón: Es el cociente entre dos números que muestra la relación de tamaño entre ellos. Se define como la relación existente entre dos poblaciones o universos diferentes.

Valoración del factor de riesgo: Procedimiento mediante el cual se asigna valor matemático a un factor de riesgo. Expresa la severidad o peligrosidad a la que se somete el trabajador expuesto.

Grado de riesgo: Relación matemática entre la concentración o la intensidad y el tiempo que un trabajador se encuentra expuesto a un factor de riesgo, con la concentración o la intensidad y tiempo de exposición permitidos.

Grado de peligrosidad: Relación matemática obtenida del producto entre la probabilidad de ocurrencia, la intensidad de la exposición, las consecuencias más probables derivadas de una condición de riesgo específica.

Programa de vigilancia epidemiológica: Conjunto de acciones y metodologías encaminadas al estudio, evaluación y control de los factores de riesgo presentes en el trabajo y de los efectos que genera en la salud. Se apoya en un sistema de información y registro.

Inspecciones de Seguridad: Es la detección de los riesgos mediante la observación detallada de las áreas o puestos de trabajo y debe incluir: instalaciones locativas, materias primas e insumos, almacenamientos, transporte, maquinaria y equipos, operaciones, condiciones ambientales, sistemas de control de emergencias, vías de evacuación y todas aquellas condiciones que puedan influir en la salud y seguridad de los trabajadores.

Mantenimiento Preventivo: Es aquel que se hace a la máquina o equipos, elementos e instalaciones locativas, de acuerdo con el estimativo de vida útil de sus diversas partes para evitar que ocurran daños, desperfectos o deterioro.

Normas de Seguridad: Son las reglas que deben seguirse para evitar daños que puedan derivarse como consecuencia de la ejecución de un trabajo. Especifican o determinan detalladamente las instrucciones a seguir en la operación, manipulación de máquinas y herramientas.

Plan de emergencias: Conjunto de normas y procedimientos generales destinados a prevenir y a controlar en forma oportuna y adecuada, las situaciones de riesgo en una empresa.

Investigación de accidente de trabajo: Técnica utilizada para el análisis de un accidente laboral, con el fin de conocer el desarrollo de los acontecimientos y determinar las causas y las medidas de control para evitar su repetición.

Exámenes ocupacionales: Valoración del estado de salud a través de exámenes físicos, pruebas funcionales y complementarias, de acuerdo con la exposición a riesgos específicos, que se realizan al trabajador para investigar la aparición de lesiones patológicas incipientes de origen profesional o no.

4. ALCANCE DEL INFORME

El presente informe recopila las actividades desarrolladas por el contratista, contempladas en los controles establecidos en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, del CONTRATO No. LP-018-2023 "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE".

5. JUSTIFICACIÓN

La razón de la ejecución y seguimiento de las actividades del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo; es de optimizar, cuidar y racionalizar el uso de los recursos, el desarrollo del proyecto y mantener un lugar de trabajo seguro; minimizando el riesgo de accidentes de trabajo y enfermedades laborales (AT/EL). Desarrollando las medidas necesarias para prevenir, mitigar, controlar y/o compensar los aspectos o impactos negativos que pueda ocasionar la realización de las diferentes actividades del proyecto.

6. GENERALIDADES DEL PROYECTO

6.1. Contrato de obra.

Mediante el Contrato de obra No. LP-018-2023 celebrado entre el Departamento de Sucre, en adelante por medio de su secretario general ANDRÉS RAFAEL VIVERO LEÓN, en uso de sus facultades conferidas a través del Decreto Departamental N° 0570 de 2021, por una parte; y, por la otra, NAYALIBE ELJACH MANJARREZ, identificada con cedula de ciudadanía No.1.067.943.743. en calidad de representante legal de CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE, identificado con Nit. No. 901811441-3, se celebrar el presente Contrato,

Tabla No. 1 descripción contrato de obra

CONTRATO No.	No LP-018-2023
OBJETO:	"CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE".
CONTRATISTA:	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	No.1.067.943.743
INTERVENTORIA	CONSORCIO INTERHOSPITAL COVEÑAS 2024,
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	HUGO HERNAN HERRERA GONZALEZ, CC No. 89.006.321
VALOR CONTRATO	El valor del Contrato es por la suma de TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/C ($34.420.762.624), equivalentes a 26.477,51 SMLMV para el año de suscripción del Contrato (2024)
PLAZO	El plazo estimado para la ejecución del Contrato será de dieciocho (18) meses

6.2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

6.2.1. LOCALIZACIÓN GENERAL

El proyecto cuyo objeto es "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE". Se llevará a cabo en el municipio de Coveñas, zona urbana.

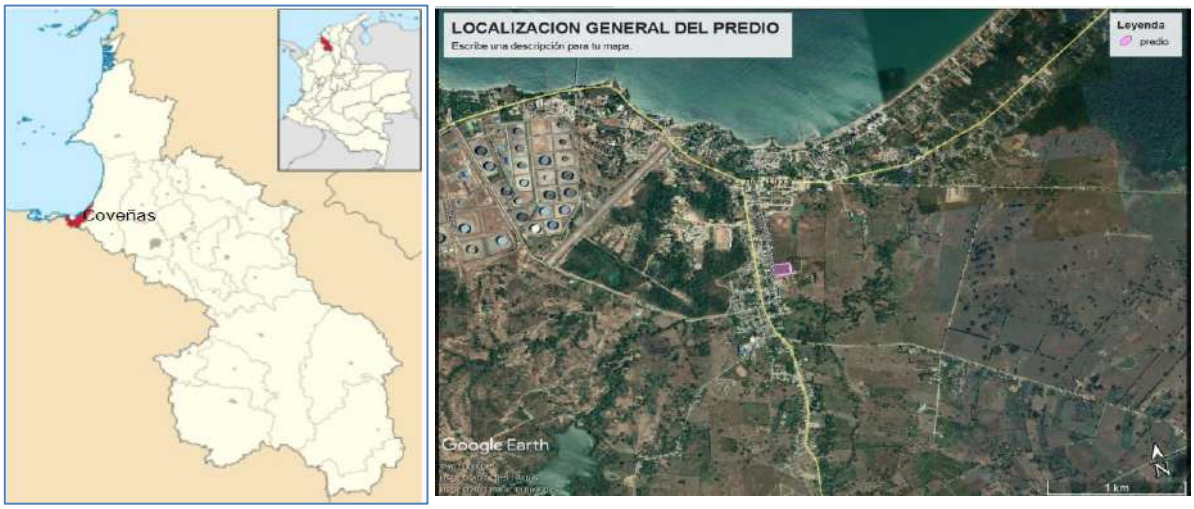


Figura 1: Localización General Coveñas Sucre

7. RECURSOS

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE, cuenta con los recursos técnicos, humanos y de materiales necesarios y apropiados para el correcto desarrollo del proyecto. Así mismo proporciona el personal suficiente, idóneo y calificado para la prestación de los servicios, los implementos necesarios y de seguridad requeridos para el cumplimiento de los mismos.

7.1. RECURSO HUMANO

Debido a la importancia que es para CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE, contar con el recurso humano adecuado para la prestación de sus servicios,

se ha definido unos lineamientos claros para la selección y evaluación de personal que trabaje en el proyecto. Dichos lineamientos se evalúa la Educación, Experiencia, Habilidades y las necesidades de formación que sean necesarias para el correcto desarrollo de las funciones de cada una de las personas que trabajen en el proyecto.

De acuerdo a las necesidades del proyecto y el anexo técnico, se cuenta con los profesionales con la formación y experiencia establecidas por el cliente:

- Un (1) ingeniero civil o arquitecto – Director de obra
- Un (1) ingeniero civil (estructural)- Residente de obra (técnico No. 1)
- Un (1) Arquitecto – Residente de obra (técnico No. 2)
- Un (1) profesional en seguridad industrial
- Un (1) ingeniero civil – Auxiliar

- Planta de Personal

La planta de personal inicial del proyecto de acuerdo a la formación y experiencia exigidas en los pliegos:

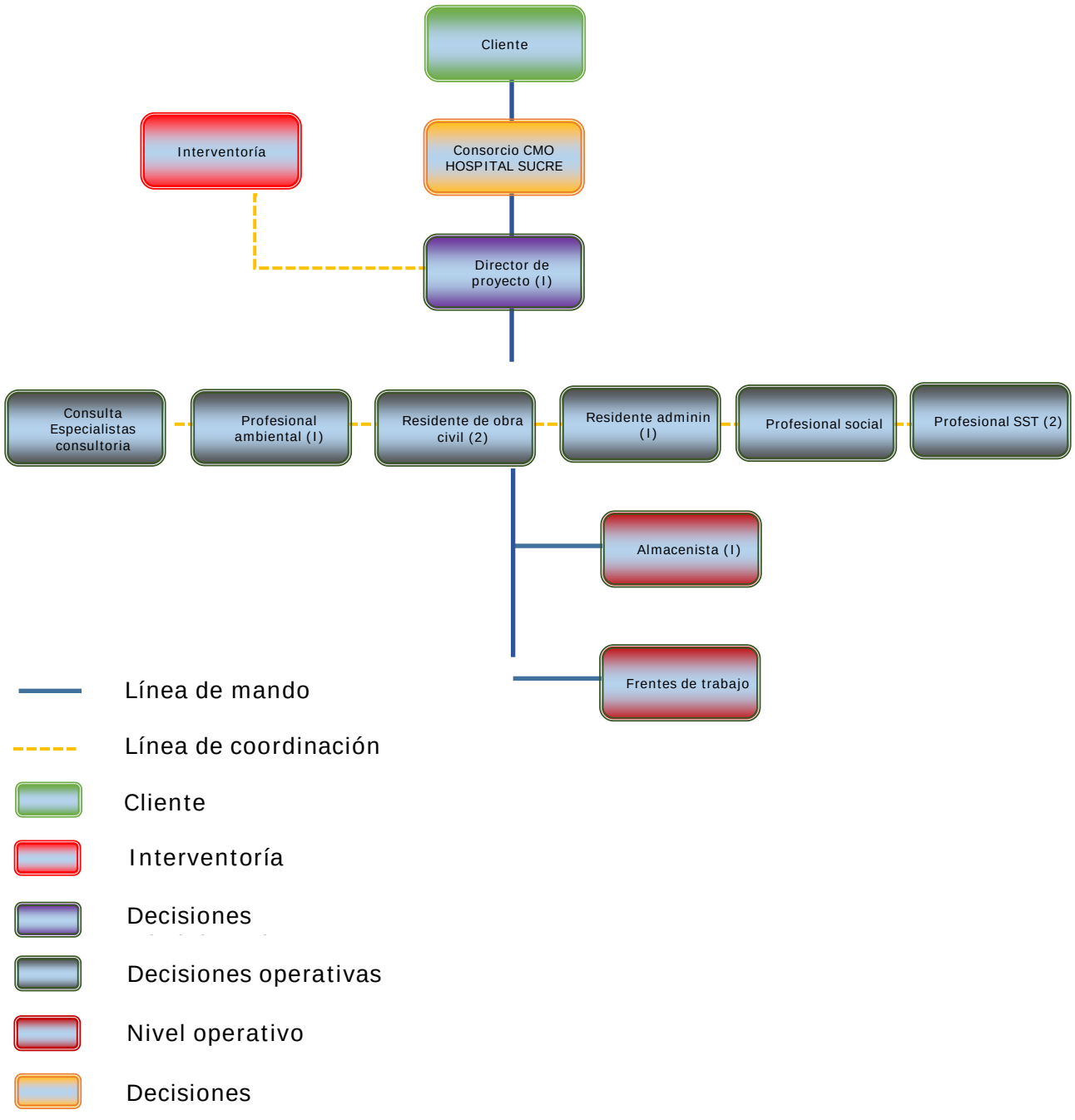
REPRESENTANTE LEGAL: NAYALIBE ELJACH MANJARRES

CARGO	CANTIDAD	NOMBRE (S)
DIRECTOR DE OBRA	1	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA
RESIDENTE TÉCNICO No. 1 (ESTRUCTURAL)	1	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI
RESIDENTE TÉCNICO No. 2 (ARQUITECTO)	1	DINEY PAMELA OSPINO JIMÉNEZ
RESIDENTE ADMINISTRATIVO	1	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO
PROFESIONAL EN SEGURIDADSOCIAL	1	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA
INGENIERO AUXILIAR	1	ÓSCAR ANTONIO RAMOS BEDOYA
MAESTRO DE OBRA	1	EUCLIDES MANUEL MONTERROSA LÓPEZ

Tabla N° 3: personal administrativo

- Organigrama del consorcio

El organigrama del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE, Se presenta a continuación:



7.2. INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO

A continuación, se indican los requisitos específicos con respecto a las instalaciones para el desarrollo del proyecto, tecnologías de información y comunicación, servicios de apoyo etc.

- INSTALACIONES

Se cuenta con Oficina central ubicada en Montería Córdoba y campamento de obra dotado, en zona de influencia directa del proyecto: zonas de oficina, bodega, baños, zona de parqueos, acopio de materiales, zonas de disposición de residuos y manejo de sustancias químicas.

- EQUIPOS ESPECIFICACIÓN

Equipos de cómputo para cada uno de los puestos de trabajo (portátil, teclados, mouse, equipo ergonómico de oficina, apoya pies.

- TECNOLOGÍAS, INFOMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Correo electrónico, celular, internet.

8. SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

El contratista estableció para el desarrollo del proyecto “CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE”, la implementación del sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, basado en modelo de gestión por procesos en los que se da cumplimiento a los requisitos contractuales y normatividad vigente en Colombia.

8.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS

Durante el presente periodo del informe, el contratista para desarrollo del proyecto, programa la ejecución de las diferentes actividades de acuerdo al cronograma y presupuesto oficial de obra.

Dichas actividades, se realizan bajo los procedimientos establecidos en el plan de gestión integral de obra (PGIO), donde a través de una lista de chequeo, se inspecciona antes, durante y después, las actividades en los diferentes componentes de seguridad; tales como excavación, cargue y descargue, relleno y compactación, transporte de material y fundición de concreto etc. (Ver anexos 1, Inspección de trabajo seguro)

8.2. RECURSO HUMANO (LISTADO PERSONAL VINCULADO - AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (EPS, ARL, AFP).

El contratista da cumplimiento a los requisitos contractuales y normatividad vigente; con el fin de que todo el personal que labora en el proyecto, este vinculado a seguridad social integral (ARL, AFP, EPS Y CCF) (ley 100 de 1993), la cual garantiza que cada trabajador tenga cobertura en caso de sufra una eventualidad en términos de salud, pérdida de empleo y otros. De acuerdo a lo anterior, hace entrega de los radicados de afiliación del personal que ingreso en el periodo. (ver anexo 2. Control de personal directos (radicados de afiliaciones, listado de personal, control de asistencias)

8.3. PAGO DE APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El contratista presenta planilla de seguridad social del personal directo y subcontratado, correspondiente al mes de agosto 2024; teniendo en cuenta las fechas establecidas por el decreto 1990 de 2016, con el fin de garantizar la cobertura y asistencia médica a los trabajadores en caso de una

eventualidad. Dando así cumplimiento con las normas legales estipuladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Art 1° de la Ley 828 de 2003 y del Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. (ver anexo 3. Pago de seguridad social y certificado de paz y salvo emitido por el representante legal)

Tabla 5: Relación de pago de aportes personal directo

RELACIÓN PAGO DE APORTES			
RAZON SOCIAL	MES PAGO	Planilla No,	VALOR PAGADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Mayo 2024	9469836155	$91,100
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Junio 2024	9469835002	$2,986,900
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Julio 2024	9471247993	$4,543,700
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Agosto 2024	9473035677	$13,687,700

8.4. DESIGNACIÓN RESPONSABLE SST

El contratista hace la designación del responsable de diseñar y ejecutar el SG-SST o Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo; dando cumplimiento al Decreto 1072 y el Artículo 2.2.4.6.35. Capacitación obligatoria. Los responsables de la ejecución de los Sistema de Gestión de la Seguridad y Saluden, el Trabajo SG-SST, deberán realizar el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas sobre el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST que defina el Ministerio del Trabajo en desarrollo de las acciones señaladas en el literal a) del artículo 12 de la ley 1562 de 2012, y obtener el certificado de aprobación del mismo". (Acta de designación responsable del SGSST primer informe).

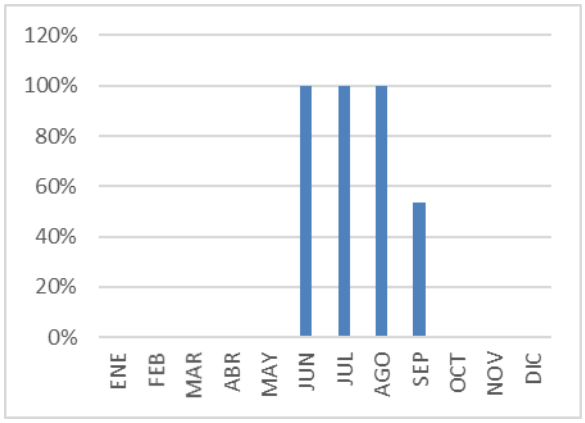
8.5. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

El contratista desarrolla las actividades del plan de trabajo y cronograma de capacitaciones del SGSST, teniendo en cuenta los riesgos, el plazo contractual, los recursos financieros, humanos y físicos; así mismo el porcentaje de cumplimiento de las actividades programada vs ejecutadas (Ver Anexo 4. Plan de trabajo y cronograma de capacitaciones P vs E).

Tabla seguimiento de plan de trabajo anual.

PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO															
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
FORMULA	Actividades ejecutadas *100 Actividades programadas	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	0	0	0	0	0	12	14	8	15	13	8	10	80
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0	12	14	8	8	0	0	0	42
		RESULTADO						100%	100%	100%	53%	0%	0%	0%	53%
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Gráfico de seguimiento de plan de trabajo anual



8.6. INDUCCIÓN PERSONAL

Durante el periodo, se realizó inducción y reinducción al personal (DIRECTO O SUBCONTRATADO), en temas relacionados con Seguridad y Salud en el

Trabajo tales como: políticas, reglamento de higiene y seguridad, plan de Emergencias, protocolo de bioseguridad, seguridad social, procedimiento etc. (Ver anexo 5, Inducción de personal que ingreso en el periodo).

8.7. NOTIFICACIÓN DE RIESGO.

El contratista realiza notificación de riesgo del personal vinculado en el periodo (directo o subcontratado); con el fin de informar al trabajador de manera detallada y específica los riesgos asociados tanto a condiciones, como actos inseguros a los cuales se encuentra expuesto y los controles a implementar antes, durante y después del cumplimiento de su jornada laboral. (Ver anexo 6, Notificación de riesgo personal que ingreso en el periodo).

8.8. DESARROLLO DE CAPACITACIONES EN SST.

Se establecen las capacitaciones-charla SST, de acuerdo a los riesgos encontrados en la obra, y contemplados en la matriz de identificación de peligro evaluación y valoración de riesgos. Estas se realizan dos veces a la semana dependiendo las actividades a ejecutar, cronograma o fase de ejecución del proyecto. Con el objetivo de generar conciencia en el personal del proyecto sobre la importancia de realizar las actividades de forma segura y la protección del medio ambiente. Adicional a lo anterior se realiza calistenia y estiramiento de forma frecuente, con el fin de evitar lesiones osteomusculares al realizar una actividad. (Ver Anexo 7, Capacitaciones SST).

8.9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

8.9.1. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

El contratista dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007, la Resolución 1918 de 2009 y el Decreto 1072 de 2015, en el periodo realizó la

valoración medico ocupación de ingreso a los trabajadores vinculados al proyecto; dicha evaluación fue realizada por un médico especialista en salud ocupacional. (Ver anexo 8, Concepto médico de las evaluaciones médicas de ingreso y registro de seguimiento).

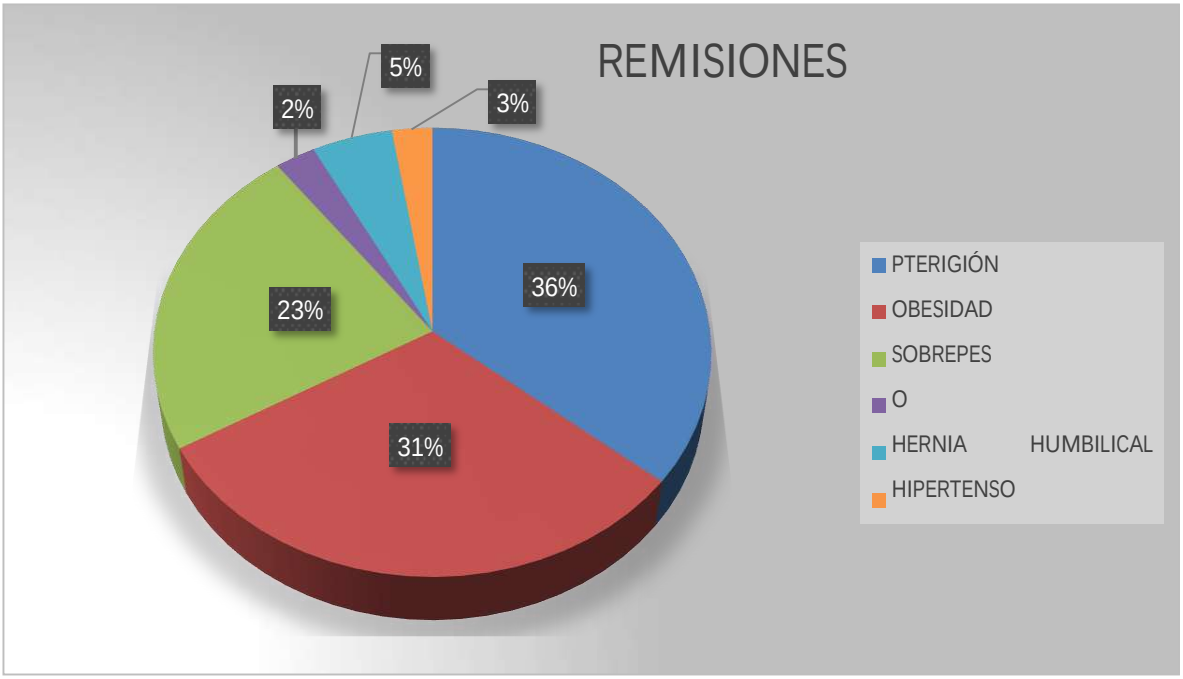
Estas evaluaciones tienen como objetivo establecer si un trabajador es apto o no para desarrollar de acuerdo a sus condiciones las actividades a la cual se va a dedicar en el objeto del proyecto, Así mismo como control de patologías asociadas a las características y condicionas de cada trabajador al puesto de trabajo, a los factores de riesgos y a las condiciones ambientales.

8.9.2. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD

El contratista mediante la contratación de los servicio del médico ocupacional, realiza el DIAGNOSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD de todos los trabajadores de acuerdo a las evaluaciones medicas ocupacionales arrojando información tales como: Información sociodemográfica de la población trabajadora (sexo, estrato socioeconómico), Información de antecedentes de exposición laboral a diferentes factores de riesgos ocupacionales, Información de exposición laboral actual a riesgos ocupacionales según la manifestación de los trabajadores y los resultados objetivos analizados durante la evaluación médica. Tal información deberá estar diferenciada según áreas u oficios, sintomatología reportada por los trabajadores, resultados generales de las pruebas clínicas o paraclínicas complementarias a los exámenes físicos realizados, Impresiones diagnósticas encontradas en la población trabajadora, análisis y conclusiones de la evaluación y recomendaciones. (Ver anexo 9, Informe de condiciones de salud).

De acuerdo al informe de condiciones de salud presentado por el médico especialista en salud ocupacional se remiten el siguiente porcentaje:

- El 36% fueron remitidos al OFTALMÓLOGA
- EL 31 % fueron remitidos al nutricionista de la EPS.
- EL 23 % fueron remitidos al nutricionista de la EPS.
- EL 2 % fueron remitidos al cirujano.
- EL 2 % fueron remitidos al cirujano.
- EL 5 % fueron remitidos al médico internista. EL 3 % fueron remitidos al médico internista.



Así mismo se establece recomendaciones generales a tener en cuenta:

- Fomentar Estilo De Vida Saludable
- Promover jornadas de salud con capacitaciones, talleres prácticos de cuidado con el fin de mejorar la calidad de vida de los trabajadores y por lo tanto mejorar los niveles de productividad de la empresa.

- Reforzar mediante afiches y folletos etc la prevención de factores de riesgo (COVID - 19) con el fin de fomentar un estilo de vida saludable.
- Fomentar las prácticas deportivas con deportes dinámicos (bailar, futbol, ciclismo, trotar, aeróbicos y levantar pesas ligeras).
- Hacer remisión a la EPS de acuerdo a los hallazgos encontrados y realizar seguimientos de hipertensión.
- Realizar actividades de formación de sensibilización frente a los riesgos laborales presentes y la manera de cómo prevenirlas.
- Seguimiento a los trabajadores en el programa de vigilancia epidemiológica de riesgos cardiovascular, a través de la formación y los menús de las dietas, jornada de valoración física y valoración por nutrición a las personas con el fin de disminuir la incidencia de patologías cardiovasculares.
- Solicitar a la ARL charlas y capacitaciones sobre pautas activas, educación de hábitos saludables de vida.
- Realizar inspecciones de los riesgos laborales para su control en los ambientes de trabajo.
- Utilizar protocolos de bioseguridad en la empresa contra enfermedades infecciosas y COVID-19.
- Realizar tamizajes de covid.
- Realizar promoción sobre la vacunación del covid. Recomendar citología vaginal anual.
- Desarrollar un programa de identificación de riesgo psicolaboral. Capacitación de temas para levantamientos y movilización de cargas. Promoción al personal femenino para realización de exámenes de citología vaginal anual y autoexamen de mama.

8.9.3. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL PROYECTO

Con el fin de resumir las características sociales y demográficas del personal vinculado en las actividades del proyecto se elaboró el perfil sociodemográfico de la población trabajadora. Para tal fin se recolectó la

información a través de una encuesta, como herramienta de visualización de los rasgos más prominente del personal. (Ver anexo 10, encuesta y tabulación Perfil sociodemográfico).

8.9.4. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

El contratista presenta como primera medida, el cuestionario de morbilidad sentida, del personal vinculado en el periodo (directo o subcontratado). El cual se tendrá en cuenta para definir el programa de vigilancia epidemiológico, al igual que los exámenes con énfasis osteomuscular. (Ver anexo 10. Cuestionario de morbilidad)

8.10. MANEJO ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA

Se lleva las estadísticas del control de ausentismo y accidentalidad de trabajadores directos, con el fin de establecer las causas y analizar las tendencias por enfermedad laboral o por accidentes de trabajo. Para el periodo se presentó dos (2) accidentes de trabajo. Así mismos se registra ausentismo diecisiete (17) días laboral por Incapacidad medica general y accidente de trabajo según Resolución 0312 de 2019 y decreto 1072 de 2015. (Ver anexo 11, Reporte e investigación de AT, lecciones aprendidas y ausentismo laboral).

- Registro de accidente por periodo vinculación directa

PERIODO	NO. DE ACCIDESTES
JUNIO 2024	0
JULIO 2024	0
AGOSTO 2024	1
SEPTIEMBRE 2024	2
TOTAL, ACCIDENTES	3

- Registro de Ausentismo por causas medicas vinculación directa

PERIODO	NO. DE AUSENTISMO
JUNIO 2024	0
JULIO 2024	0
AGOSTO 2024	2
SEPTIEMBRE 2024	17
TOTAL, AUSENTISMO	19

Tabla No. 9. Ausentismos presentados por periodo

- Indicadores accidentalidad Resolución. 0312 de 2019

Se registra mes a mes los indicadores de accidentalidad con el fin de medir o comparar los resultados obtenidos en el consorcio, en relación a los accidentes y los días perdidos, (ver anexo 12 cálculo de indicadores de accidentalidad directos), a continuación, se presenta los siguientes indicadores:

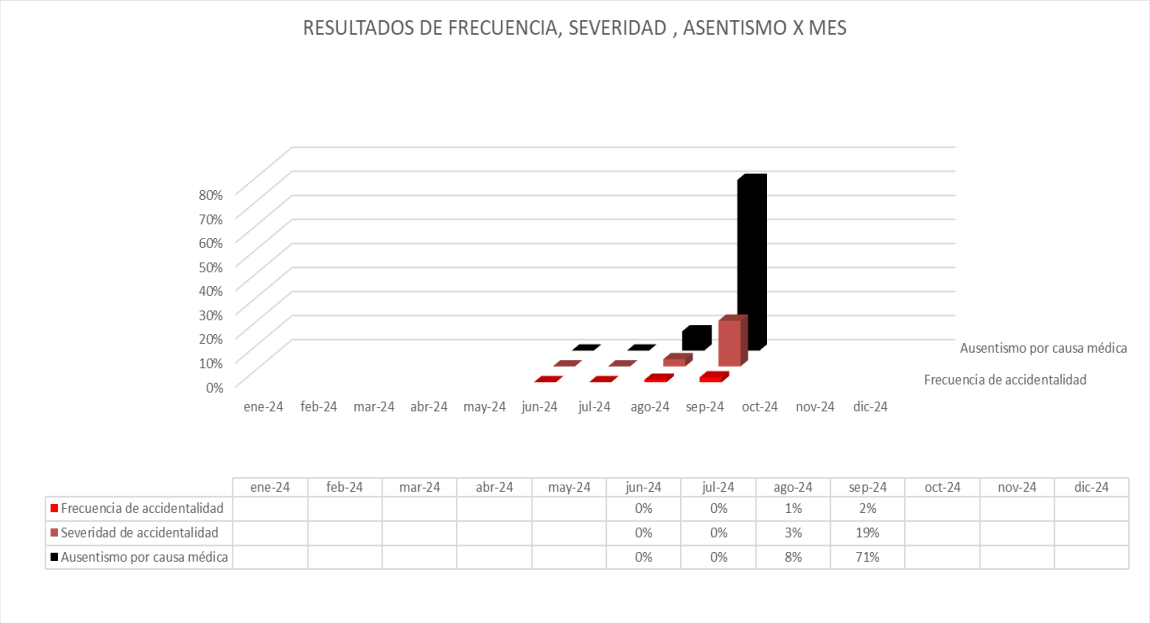
- Tablero de control de indicadores personal directo

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO TRABAJADORES DIRECTOS

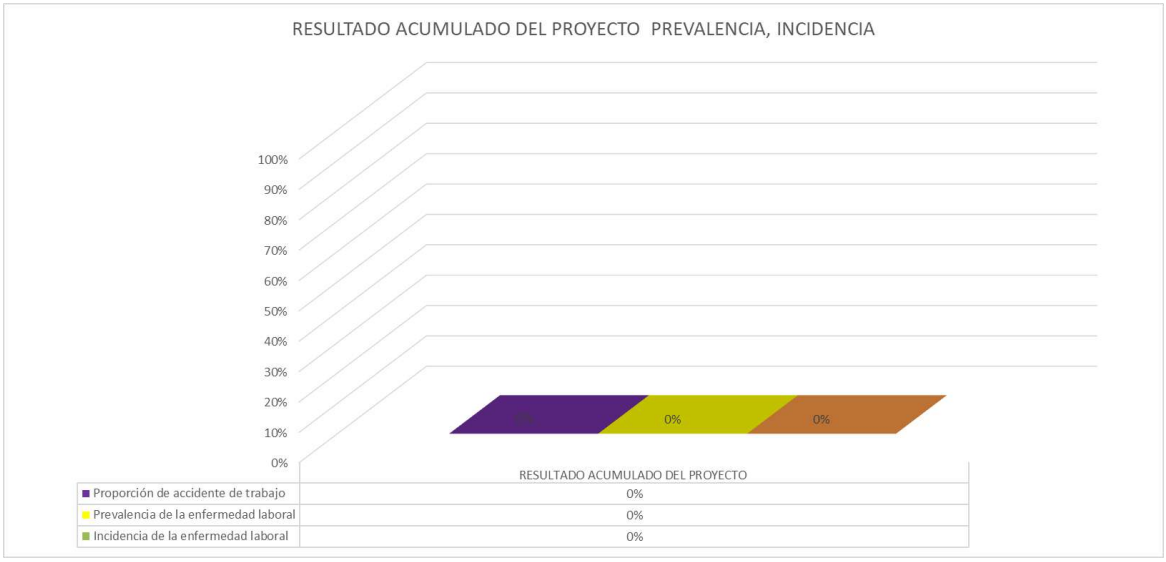
Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Interpretación	Periodicidad Mínima	RESULTADOS											
					ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo	Mensual						0%	0%	1%	2%			
Proporcion	Proporción de accidentes de trabajo mortale	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales	Anual						0%	0%	0%	0%			
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo	Mensual						0%	0%	3%	19%			
Prevalencia de la enfermedad laboral	Número de casos de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual						0%	0%	0%	0%			
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual						0%	0%	0%	0%			
Ausentismo por causa médica	Ausentismo es la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica	Mensual						0%	0%	8%	71%			

- Gráficos de resultados de frecuencia, severidad y ausentismo x mes personal directo



	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Frecuencia de accidentalidad						0%	0%	1%	2%			
Severidad de accidentalidad						0%	0%	3%	19%			
Ausentismo por causa médica						0%	0%	8%	71%			

- Gráficos de prevalencia incidencia personal directo



8.11. ENTREGA DE DOTACIONES Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

El contratista según la clase de actividad que va a realizar el personal vinculado al proyecto; hace entrega de la dotación y los diferentes elementos de protección personal, de acuerdo a los controles establecidos en la matriz de identificación del peligro evaluación y valoración de los riesgos. (Ver anexo 13, Acta entrega de epp y dotación). Así mismo se cuenta con inventario de elementos de protección personal, para hacer la reposición de estos cuando se requieran por el mal estado de los mismos.
A continuación, se relaciona los elementos de protección entregados de acuerdo a la exposición del cargo.

PERSONAL EXPUESTO	ACTIVIDAD	RIESGOS	GENERADOR	REPOSICION	TIPO DE EPP	EJEMPLAR
operadores, ayudantes, oficiales, maestros, ingenieros, auxiliares hse, cadenero, topógrafo	compactación, corte, demolición	RUIDO	maquina retro, cortadoras de concreto, pulidora,	A través de las auxiliares SST	protección auditiva tipo copa para insertar en el casco o individual	
operadores, ayudantes, oficiales, maestros, ingenieros, auxiliares hse, cadenero, topógrafo	compactación, corte, demolición	RUIDO	maquina retro, cortadoras de concreto, pulidora,	A través de las auxiliares SST	Protector auditivo tipo tapón en silicona	
operadores, ayudantes, oficiales, maestros, ingenieros, auxiliares hse, cadenero	limpieza de áreas, instalación de tubería, preparación de mezcla	POLVO	Ambiente, material de obra.	A través de las auxiliares SST	Mascarilla respiratoria	

operadores, ayudantes, oficiales, maestros, ingenieros, auxiliares hse,	excavaciones, reparación de tubería, manejo de sustancias químicas, demolición	Proyección de partícula, salpicaduras de sustancias químicas.	proyecciones de concreto, sustancias químicas	A través de las auxiliares SST	anteojos de seguridad monogafas	
operadores, ayudantes, oficiales, maestros, ingenieros, auxiliares hse,	circulación o trabajo a cielo abierto	radiaciones no ionizantes	ambiente de trabajo	A través de las auxiliares SST	Anteojo de seguridad antiresplandor	
operadores, ayudantes, oficiales, maestros, cadenero, almacenistas	excavación, manejo de cargar y material, operación de equipos , herramienta y maquina	físico: fricción, corte, golpe.	manipulación de herramienta ,materiales, máquinas y equipos	A través de las auxiliares SST	Guantes de seguridad	
ayudantes, almacenistas	corte con maquina manual, manejo de sustancias químicas	proyecciones de partículas o Riesgo químico	equipos, herramientas y sustancias químicas	A través de las auxiliares SST	Careta porta vidrio levantarle en M	
operadores, ayudantes, oficiales, maestros, ingenieros, auxiliares hse cadenero, topógrafo	Supervisión, excavaciones, conducción, manejo de cargas y material. Condiciones ambientales Etc	Caída de objeto, manejo de equipos compactadores. Condiciones ambientales	material, equipos, herramienta, orden y aseo. Condiciones ambientales (clima)	A través de las auxiliares SST	Botas de Seguridad en cuero con puntera de acero	
operadores, ayudantes, oficiales, maestros, ingenieros, auxiliares hse, cadenero, topógrafo	Supervisión, excavaciones, conducción, manejo de cargas y material. Etc	Caída de objeto, manejo de equipos compactadores.	Material, equipos, herramienta, orden y aseo.	A través de las auxiliares SST	Botas de Seguridad en cuero con puntera de acero	

Operarios y ayudantes	Aplicación de soldadura pvc.	Riesgo Químico.	material-sustancias químicas	A través de las auxiliares SST	Guantes para manipulación de productos químicos	
operadores, ayudantes, oficiales, maestros, ingenieros, auxiliares hse, cadenero, topógrafo	Supervisiónexcavaciones, conducción, manejo de cargas y material. Etc	caída de objeto a distinto nivel, protección de choque eléctrico, traslado de material	condiciones de trabajo, excavación	A través de las auxiliares SST	casco de seguridad	

Tabla: Matriz de epp

8.12. INSPECCIONES PLANEADAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Se establece cronograma de las inspecciones planeadas (señalización, Pre-operacional Maquina, Botiquín, Extintor, epp, herramientas, etc.); el cual busca a través de la revisión de las instalaciones, equipo, máquinas y proceso constructivos, identificar los peligros y condiciones existentes; con el fin de tomar las medidas preventivas y correctivas durante la ejecución de las diferentes actividades del proyecto. (Ver Anexo 14, Registro de inspecciones y Cronograma de inspecciones).

8.13. REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

El contratista de acuerdo a las actividades constructivas que se vayan ejecutando, identifica actos inseguros y condiciones de seguridad, durante la jornada laboral. Para el periodo no se reportó actos o condiciones inseguro.

8.14. PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS.

El contratista con el objetivo de salvaguardar la integridad de los trabajadores, los bienes y recursos materiales, dispone de un plan de emergencia, donde establece la secuencia de las acciones a desarrollar para el control inicial de las emergencias que se puedan desarrollarse en las distintas actividades que ejecutan los diferentes frentes del proyecto. Así mismo se cuenta con recursos básicos para prestar primeros auxilios (Botiquín), extintor tipo ABC multipropósito para control de conatos de incendios, inmovilización y traslado de heridos (CAMILLA); elementos indispensables para manejo de emergencia y primera atención básica a víctimas de un accidente. (Ver anexo, registro fotográfico general). Adicional a lo anterior el contrista hace actualización de la brigada de emergencia en periodo anterior.

8.15. SUSTANCIAS QUIMICAS

El contratista cuenta con listado de sustancias químicas y realiza inspección de estas, teniendo en cuenta las actividades que requieren dichas sustancias. Se publica las hojas de seguridad, con el nuevo sistema global armonizado y con el anterior sistema, con el fin de dar manejo en caso de un accidente, un derrame, un incendio etc. (Ver Anexo 15, inspección – listado de sustancias químicas).

Para mitigar y evitar el impacto que puede ocasionar la recolección y evacuación de residuos líquidos (aguas residuales, domesticas) y sustancias químicas (combustibles, aceites y grasas) que se producen durante el desarrollo de estas. En la Obras, se prohíbe el lavado de vehículos y maquinaria emergencia ambiental. Así mismo se cuenta con una zona de almacenamiento de las sustancias químicas asignada y un kit antiderrame en caso que ocurra un derrame establecer las medidas correctivas. (Ver Anexo, registro fotográfico general).

8.16. PERMISOS DE TRABAJO Y ANALISES DE TRABAJO SEGURO

El contratista, para el periodo, no realiza la emisión de permisos de trabajo y análisis de trabajo seguro; dado que no se requieren en las actividades de que se desarrollan en los frentes de obras. Con la finalidad de busca identifican los riesgos, medidas de prevención, descripción de actividades y los EPP o equipos específicos que se deben usar en el desarrollo de dicha actividad.

8.17. HERRAMIENTAS, VOLQUETAS, MAQUINAS Y EQUIPOS

Para la realización de las diferentes actividades constructivas se cuenta con herramientas, vehículos, máquinas y equipos mínimos según características del proyecto, los cuales como medida de control de los riesgos que estas pudieran originar; se tienen en cuenta el adiestramiento y/o utilización, la adquisición, el control, almacenamiento y los mantenimientos de las mismas. El contratista hace el inventario de las máquinas, vehículos, herramientas y equipo según los formatos establecido en el plan de gestión integral de obra. (Ver anexo 16, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos).

8.18. MANEJO DE MAQUINARIA, VEHÍCULO Y EQUIPOS

Durante el periodo el contratista realiza control de la maquinaria y vehículos, con el objetivo de mitigar los impactos que se puedan ocasionar en el desarrollo de las actividades del proyecto, bien sea al personal de la obra, a la comunidad. Así mismo el contratista garantiza la revisión de la documentación que debe tener los vehículos y maquinarias tales como: Licencias de conducción, Certificado TECNOMECANICA, SOAT, RUNT, manifiesto de aduana etc. Se le exige este documento a los vehículos con el objetivo de verificar que se encuentren en condiciones óptimas con el fin de garantizar la seguridad a los usuarios de las vías Y personal de obra. Para

el periodo ingreso dos maquinarias nuevas. (Ver Anexo 17, Documento maquina y vehículo).

Adicionalmente se lleva registro de los mantenimientos preventivos o correctivos y se realiza diligenciamiento de lista de chequeo realizada a las maquinarias, y equipos que intervienen en el proyecto; para el presente periodo no se realizó mantenimientos correctivos.

8.19. INSTALACIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN EN LA OBRA

Se realizó la respectiva instalación de las señalizaciones en los diferentes frentes de obra y campamento; reglamentaria, informativa, de prohibición y preventivas, el cual cumple con las características de colores y forma del manual de señalización y norma técnica, con el fin de identificar áreas de trabajo, almacenamiento, etc. Adicional a lo anterior se hace delimitaciones de áreas intervenida con cinta preventiva de peligro y balizas tubulares, se realiza instalación de señales preventivas en el corredor vial, instalación de valla informativa y cerramiento en todo el perímetro de la obra; como barrera dura para limitación del acceso a personal no autorizado. (Ver anexo 18, Inventario de señalización y registro fotográfico general).

8.20. ESTABLECIMIENTO DEL PUNTO DE HIDRATACIÓN

Durante el desarrollo de actividades y control del gasto energético del personal, por la exposición a condiciones de temperaturas a cielo abierto y jornadas continuas de trabajo, se estableció puntos de hidratación; con la finalidad de mantener al personal bien hidratado. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 2400 De 1979. (Ver anexo. Registro fotográfico general).

8.21. SEGUIMIENTO Y CONTROL A SUBCONTRATISTAS

Durante el desarrollo de actividades, se realiza control en materia de seguridad y salud en el trabajo a los subcontratistas que desarrollan actividades en el proyecto. (Ver anexo 19, Seguimiento subcontratista)

- PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL
- LISTADO DE PERSONAL

8.22. BAÑOS RESOLUCIÓN 2400 DE 1979.

El contratista dispone de baños en la 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 20, Inspección de orden y aseo).

9. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE TODAS LAS ACTIVIDADES DELSISTEMA 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 21. Registro fotográfico generales).

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 realiza las actividades programas en el plan de trabajo
- Se lleva los indicadores de accidentalidad y ausentismo de acuerdo al número de personal por mes.
- Se cuenta con responsable del diseño e implementación del SGSST

11. ANEXOS

Anexo 1, Inspección de trabajo seguro

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

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,

Anexo 9, Informe de condiciones de salud

Anexo 10, Encuesta y tabulación Perfil sociodemográfico

Anexo 11. Cuestionario de morbilidad

Anexo 12, Reporte e investigación de AT, lecciones aprendidas y ausentismo laboral

Anexo 13, Cálculo de indicadores de accidentalidad directos

Anexo 14, Acta entrega de epp y dotación

Anexo 15 – Registros de Inspecciones de seguridad y cronograma de inspecciones

Anexo 16, Inspección – listado de sustancias químicas

Anexo 17, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos.

Anexo 18, Inventario de señalización

Anexo 19, Seguimiento de subcontratista

Anexo 20, Inspección de orden y aseo

Anexo 21. Registro fotográfico generales

Anexos

Anexo 1, Inspección de trabajo seguro

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

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: SEPTIEMBRE

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 16/09/24 FECHA FINAL 21/09/24.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	• Excavación mecánica • Armado de acero. • Fundida de vigas.	• Excavación mecánica. • Armado de acero • Armado de Tarud.	• Excavación mecánica • Fundida de vigas. • Armado de Loma Parabola	• Excavación mecánica • Armado de Loma Para Viga • Figuracion y armado de acero	• Figuracion y armado de acero • Armado de Loma para Loza • Excavacion mecanica.	• Figuracion de aceros. • Excavación mecánica.	

	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 ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
1	La dotación y EPP se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
2	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 encuentra expuesta durante la ejecución de las actividades.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6	Se consulta si algun trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
7	Se Implemetan pirgramas 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 publicos, se realiza apiques para su ubicación?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10	Todos los trabajadores cuentan con las evaluaciones medicas de ingreso ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
11	Las bañquinas se encuentran en buen estado, ubicadas a un nivel diferente del piso, limpios y dotados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12	Los común está correctamente ubicada y se encuentran limpia 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 maquina en los frentes de obra ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
15	Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones a el personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
16	los baños, y campamento se encuentran limpios y siguen con las normas de seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Señalización 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 correspondientes según el tipo de actividades que se desarrollan?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
19	Se cuenta con personal para dirigir el tráfico en la zona, portando paletas de color roja (PARE) y verde (SIGA).	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20	La cantidad de señalización es suficiente de acuerdo a las actividad; se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21	Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22	Se encuentran definidas y señalizadas las rutas para peatones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23	Existen adecuados caminos de acceso, pasarelas, para que los obreros puedan circular sin problema en la obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
24	Los escombros se encuentran señalizados, cubiertos y hay sitios especificos para almacenarlos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25	El perimetro 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, vallas y/o información a la Comunidad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

VERSIÓN 1

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 SEPTIEMBRE.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 16/09/24 FECHA FINAL 21/09/24.

	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	Las herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29	Las herramientas se revisan regularmente para verificar su estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30	Las herramientas se almacenan organizadamente después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	los trabajadores usan las herramientas apropiada de acuerdo a a la labor ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	Las 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 tiene encuenta 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 mecanicas	✓			✓			✓											
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 hacer transportadas?	✓			✓														
39	Los trabajadores verifican la forma de los objetos para al ser levantados se hagа de la forma mas correcta?	✓			✓														
	Sobre la Prevención de Golpes ,Caidas cargue 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 ocacionar caidas y de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
41	El personal evita correr aunque esté apurado?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
42	Los pasarios toman precaución al transitar por pisos desiguales y alfombras desiguales?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
43	se cuenta con punto ecologico y se encuentra fuera de los medios de paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	las rutas de servicio aereas se identifican en operaciones de cargue 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 frente 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 numeros telefónicos de emergencias se encuentran en un lugar visible?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Conclusión de inspección: ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?	SI	✓	NO		AUDITOR - RESIDENTE CIVIL - INSPECTOR SST													

DIA DE LA SEMANA	HALLAZGOS
LUNES	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SÁBADO	
DOMINGO	
ACCIONES CORRECTIVAS	

RESPONSABLES DE LA INSPECCION

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny. G.

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

VERSIÓN 1

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	SEPTIEMBRE		
SEMANA COMPRENDIDA :	**FECHA INICIAL** 09/09/24	**FECHA FINAL**	14/09/24.

	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	• Excavación mecanica. • armado y figuración de acero • vaceo de vigas de cimentación y muros	• Excavación mecánica • Vaceo de viga de cimentación. • Armado y figuración de aceros	• Armado y fundida de zapata y viga de cimento • Excavación mecanica.	• Armado y fundida de zapata. • Excavación mecánica. • Armado y fundida de viga de cimento	• Armado y figurado de hierro. • fundida de vigas y zapata	• Armado de Acero • Excavación mecánica.	

	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 encuentra expuesto durante la ejecucion de las actividades.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6	Se consulta si algun 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 publicos, se realiza apiques para su ejecucion?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10	Todos los trabajadores cuentan con las evaluaciones medicas de ingreso ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
11	Las bateriñas se encuentran en buen estado, ubicadas a un nivel diferente del piso, limpios y dotado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12	La camilla está correctamente ubicada y se encuentran limpia 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 maquina en los frentes de obra ?	✓			✓			✓			✓			✓			2			
15	Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones a el personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
16	los baños, y campamento se encuentran limpios y siguen con las normas de seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓						
	Señalización 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 correspondientes según el tipo de actividades que se desarrollan?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
19	Se cuenta con personal para dirigir el tráfico en la zona, portando paletas de color roja (PARE) y verde (SIGA).	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20	La cantidad de señalización es suficiente de acuerdo a las actividad; se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21	Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22	Se encuentran definidas y señalizadas 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 sitios especificos para almacenarlos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25	El perimetro de la obra se encuentra bien demarcada y señalizada ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
26	los materiales que se utilizan en obra se encuentran demarcados y señalizados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
27	Se manejan volantes informativos, vallas y/o información a la Comunidad?				✓			✓			✓			✓			✓			

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

VERSIÓN 1

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: SEPTIEMBRE-

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 09/09/24 FECHA FINAL 14/09/2024.

	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	Las herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29	Las herramientas se revisan regularmente para verificar su estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30	Las herramientas se almacenan organizadamente después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	Los trabajadores usan las herramientas apropiada de acuerdo a la labor?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	Las 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 tiene encuenta el peso para levantar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
35	La carga se levanta correctamente doblando las piernas y no el tronco?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
36	Al levantar y transportar las cargas el trabajador usa ayudas mecanicas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
37	Las cargas que sobrepasan la capacidad individual de la persona (45 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 hagan de la forma mas correcta?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sobre la Prevención de Golpes ,Caidas cargas 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 ocacionar caidas y de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
41	El personal evita correr aunque esté apurado?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
42	Las personas toman precaución al transitar por pisos desgastes y alfombras desgastes?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
43	se cuenta con punta ponchable y se encuentra fuera de los niveles de paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	Las redes de servicio aereas se identifican en operaciones de cargue 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 frente de trabajo cuenta con equipo apropiado contra incendios?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
46	Los extintores no se encuentran obstruidos?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
47	Los solidos y pasillos se encuentran despejados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
48	Los numeros telefónicos de emergencias se encuentran en un lugar visible?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Conclusión de inspección: ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?	**SI**	✓	**NO**		**AUTORIZA - RESIDENTE CIVIL - INSPECTOR SST**													

N.A: No aplicable

DIA DE LA SEMANA	HALLAZGOS
LUNES	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SÁBADO	
DOMINGO	
ACCIONES CORRECTIVAS	

RESPONSABLES DE LA INSPECCION

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny.

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

VERSIÓN 1

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: SEPTIEMBRE

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 02/09/2024. FECHA FINAL 07/09/2024.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	• Excavación Mecanica. • Armado de viga de cimentación. • Vaceo de vigas de cimentación • Armado y figuración de acero	• Excavacion mecanica • Vaceo de vigas de cimentación • armado y figuración de aceros	• Excavacion de vigas de cimentacion • Vaceo de vigas de cimentación. • armado y figuracion de acero.	• Armado y fundida de zapata • Fundido de columna y viga de cimiento y zapata. • Fundida de viga de cimentación. • Figurado de acero.	• Armado y fundida de zapata • Fundida de viga de cimiento • Excavacion Mecanica	• Armado y figurado de acero. • Fundida de viga de cimiento • Excavación Mecanica.	

	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 encuentra expuesto durante la ejecución de las actividades.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6	Se consulta si algun 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 publicos, se realiza apiques para su ubicación?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10	Todos los trabajadores cuentan con las evaluaciones medicas de ingreso ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
11	Los botiquines se encuentran en buen estado, ubicados a un nivel diferente del piso, limpios y dotado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12	Los camilla está correctamente ubicada y se encuentran limpia 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 maquina en los frentes de obra ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
15	Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones a el personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
16	los baños, y campamento se encuentran limpios y siguen con las normas de seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Señalización 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 correspondientes según el tipo de actividades que se desarrollan?	✓			✓			✓			✓			✓						
19	Se cuenta con personal para dirigir el tráfico en la zona, portando paletas de color roja (PARE) y Verde (SIGA).	✓			✓			✓			✓			✓						
20	La cantidad de señalización es suficiente de acuerdo a la actividad; se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓						
21	Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓			✓			✓						
22	Se encuentran delimitadas y señalizadas las rutas para peatones?	✓			✓			✓			✓			✓						
23	Existen adecuados caminos de acceso, pasarelas, para que los obreros puedan circular sin problema en la obra?	✓			✓			✓			✓			✓						
24	Los escombros se encuentran señalizados, cubiertos y hay sitios especificos para almacenarlos?	✓			✓			✓			✓			✓						
25	El perimetro de la obra se encuentra bien demarcada y señalizada ?	✓			✓			✓			✓			✓						
26	Los materiales que se utilizan en obra se encuentran demarcados y señalizados?	✓			✓			✓			✓			✓						
27	Se manejan volantes informativos, vallas y/o información a la Comunidad?	✓			✓			✓			✓									

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

VERSION 1

SST-FAT

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: SEPTIEMBRE

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 02/09/24 FECHA FINAL 07/09/24

	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	Las herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29	Las herramientas se revisan regularmente para verificar su estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30	Las herramientas se almacenan organizadamente después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	los trabajadores usan las herramientas apropiada de acuerdo a a la labor?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	Las 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 tiene encuenta 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 mecanicas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
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 va ha ser transportadas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
39	Los trabajadores verifican la forma de los objetos para al ser levantados se hagan de la forma mas correcta?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sobre la Prevención de Golpes ,Caidas cargue 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 caidas y de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
41	El personal evita correr aunque esté apurado?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
42	Las personas toman precaución al transitar por pisos desiguales y alfombras desgastadas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
43	Se cuenta con rampa ecológica y se encuentra fuera de los medios de paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	Las redes de servicio aereos se identifican en operaciones de cargue y descargue de materiales?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	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 frente de trabajo cuenta con equipo apropiado contra incendios?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
46	Los extintores no se encuentran obstruidos ?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
47	Las salidas y pasillos se encuentran despejadas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
48	Los numeros telefónicos de emergencias se encuentran en un lugar visible?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		

Conclusión de inspección ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad? SI ✓ NO — AUTORIZA - RESIDENTE CIVIL - INSPECTOR SST

DIA DE LA SEMANA	HALLAZGOS
LUNES	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SÁBADO	
DOMINGO	

ACCIONES CORRECTIVAS

RESPONSABLES DE LA INSPECCIÓN

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny Coray

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

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: SEPTIEMBRE

SEMANA COMPRENDIDA — FECHA INICIAL: 23/09/24 — FECHA FINAL: 28/09/24

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	• Excavación manual • Armado de acero.	• Fundida de muros de contención, zapata columna • Armado de acero y excavación	• Armado y Figuración de acero. • Excavación mecanica	• Armado y Figuración de acero • Fundición muro cortina • Excavación Mecánica.	• Armado y Figurado de hierro • Fundición de vigas. • Excavación mecánica	• Fundición de loza • Excavación Mecánica • Armado y Figurado de hierro	

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 dotacion y EPP requeridos para las actividades que realizan ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
2 La dotacion y EPP se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
3 Los trabajadores hacen uso de los elementos de proteccion suministrados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
4 El personal es encuentra afiliado al SGSS (ARL EPS y AFP)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
5 Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecucion de las actividades.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6 Se consulto si algun 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 publicos, se realiza obiqueo para su ubicacion?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10 Todos los trabajadores cuentan con las evaluaciones medicas de ingreso ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
11 Los baños se encuentran en buen estado, ubicados a un nivel diferente del piso, limpios y dotados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12 Los camilla está correctamente ubicada y se encuentran limpia y en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
13 Se ha establecido sistemas de control de trafico para evitar accidentes a trabajadores y peatones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
14 Se cuenta con ayudante de maquina en los frentes de obra ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
15 Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones a el personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
16 los baños, y campamento se encuentran limpios y siguen con las normas de seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Señalización 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 señalizacion correspondientes segun el tipo de actividades que se desarrollan?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
19 Se cuenta con personal para dirigir el tráfico en la zona, portando paleta de color roja (PARE) y verde (SIGA).	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20 La cantidad de señalización es suficiente de acuerdo a las actividad, se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21 Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22 Se encuentran definidas y señalizadas las rutas para peatones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23 Existen adecuados, caminos de acceso, pasarelas, para que los obreros puedan circular sin problema en la obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
24 Los escombros se encuentran señalizados, cubiertos, y hay sitios viamellens para almacenarlos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25 El perimetro de la obra se encuentra bien demarcado y señalizado ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
26 Las maquinas que se utilizan en obra se encuentran demarcados y señalizados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
27 Se manejan volantes informativos, vallas y/o información a la Comunidad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

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: SEPTIEMBRE

SEMANA COMPRENDIDA — FECHA INICIAL: 23/09/24 — FECHA FINAL: 28/09/2024.

	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.	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 organizadamente después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	Los trabajadores usan las herramientas apropiadas de acuerdo a la labor ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	Las herramientas se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
33	Se le capacito 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 tiene en cuenta 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 mecanicas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
37	Las cargas que sobrepasan la capacidad individual de la persona (25 kg desde el suelo, 10 kg desde el sitio de trabajo) son levantadas y transportadas entre dos personas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
38	Antes de levantar las cargas se verifica el camino por el cual van hacer transportadas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
39	Los trabajadores verifican la forma de los objetos para poder levantarlos de forma mas correcta?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	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	Los pasillos están libres de objetos que puedan ocasionar caídas o de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
41	El personal evita correr aunque esté apurado?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
42	Las personas toman precaución al transitar por pisos desiguales y alrededores inseguros?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
43	Se cuenta con botiquín estratégico y se encuentra lleno de los medios de usos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	Las redes de servicio aéreas se identifican en operaciones de cargue y descargue de materiales?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	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 frente de trabajo cuenta con equipo apropiado contra incendios?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
46	Los Extintores no se encuentran obstruidos ?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
47	Las salidas y pasillos se encuentran despejadas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
48	Los numeros telefonicos de emergencias se encuentran en un lugar visible?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Conclusión de inspección: ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?	**SI**		**NO**	✓	**AUTORIA - RESIDENTE CIVIL - INSPECTOR SST**													

N.A. Na aplicable

DIA DE LA SEMANA	HALLAZGOS
LUNES	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SÁBADO	
DOMINGO	
ACCIONES CORRECTIVAS	

RESPONSABLES DE LA INSPECCION

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny.

FIRMA AUXILIAR SST

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

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F01
	Listado del personal - Vinculación directa	Pag. 1 de 1

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

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ	18857561	AYUDANTE	27-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
2	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	92517051	RESIDENTE	30-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
3	JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	AYUDANTE	27-08-2024		SURA	COOSALUD E.S.S. COOP.SALUD Y DLLO INT. CARTAGENA	PORVENIR
4	JUAN CARLOS CORREA SEÑA	11033215	AYUDANTE	27-08-2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
5	EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ	92496761	MAESTRO	22-06-2024		SURA	SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	NINGUNA AFP
6	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	25-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
7	ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	1116615548	BODEGUERO	21-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
8	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTÍNEZ	1005708736	AYUDANTE	22-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
9	CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA	1104867738	AYUDANTE	27/08/2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
10	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	78704837	PLOMERO	6/09/2024		SURA	MUTUAL SER	PORVENIR
11	ADALBERTO DANIEL GOMEZ HERNANDEZ	11154441	PLOMERO	27/08/2024		SURA	MUTUAL SER	PORVENIR
12	JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA	92230393	PLOMERO	4/09/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
13	GARZON LOPEZ JORGE ELIECER	15682314	PLOMERO	4/09/2024		SURA	CAJA COPI	PORVENIR
14	CONEO MARQUEZ ELIECER	1131104488	PLOMERO	4/09/2024		SURA	FAMILIAR EPS	COLPENSIONES
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F01
	Listado del personal - Vinculación directa	Pag. 1 de 1

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

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1131111481	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
2	IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142465	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
3	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	MAESTRO	17-08-2024		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
4	DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ	78030594	OFICIAL	17-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLPENSIONES
5	HELIODORO PRADA REGINO	78717284	OFICIAL	17-08-2024		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
6	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	AYUDANTE	29-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PROTECCION
7	LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ	1131108805	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
8	JHON JAIRO BANQUET DONADO	15621529	OFICIAL	17-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
9	PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO	1131107808	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
10	KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	1131104278	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
11	KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	AYUDANTE	22-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION
12	JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA	1131110865	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	COOSALUD E.S.S. COOP.SALUD Y DLLO INT. CARTAGENA	PORVENIR
13	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	AYUDANTE	29-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
14	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	AYUDANTE	29-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
15	JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ	1007663238	AYUDANTE	29-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
16	KEVIN FUENTES JULIO	1072529244	AYUDANTE	29-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PROTECCION
17	CORREA HERNANDEZ JUAN DAVID	1192777765	AYUDANTE	29-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PROTECCION
18	DIANA MARIA MURILLO MORENO	50988098	AYUDANTE	27-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLPENSIONES
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F01
	Listado del personal - Vinculación directa	Pag. 1 de 1

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

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	OFICIAL	27-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
2	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	MAESTRO	21-08-2024		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
3	JESUS ALBERTO TARRAS CORDOBA	1131108265	AYUDANTE	22-08-2024		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	COLFONDOS
4	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	AYUDANTE	22-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
5	CRISTIAN DAVID MALARIAGA LADEUTH	1072522613	AYUDANTE	25-08-2024		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
6	HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	85083707	AYUDANTE	29-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLFONDOS
7	JESUS ANDRES YANEZ CORONADO	1131105153	AYUDANTE	29-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
8	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	30-08-2024		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
9	JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ	1003655506	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
10	ALBERTO ENRIQUE JARABA SUAREZ	1007245323	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
11	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLFONDOS
12	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	COOSALUD E.S.S. COOP.SALUD Y DLLO INT. CARTAGENA	PORVENIR
13	GUSTABO RAMOS DÍAZ	1131110304	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	COOSALUD E.S.S. COOP.SALUD Y DLLO INT. CARTAGENA	PORVENIR
14	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	AYUDANTE	22-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
15	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F01
	Listado del personal - Vinculación directa	Pag. 1 de 1

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

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	AYUDANTE	14-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PROTECCION
2	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	AYUDANTE	14-08-2024		SURA	DLLO INT. CARTAGENA	PORVENIR
3	JULIO CESAR POSSO PEREZ	1072522158	AYUDANTE	14-08-2024		SURA	SOLIDARIA SALUD EPS	PROTECCION
4	MIGUEL ANGEL RAMOS ALVAREZ	1131104839	AYUDANTE	14-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
5	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
6	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
7	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	AYUDANTE	21-08-2024		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PORVENIR
8	OSCAR ANTONIO RAMOS BEDOYA	78034012	RESIDENTE	17-08-2024		SURA	PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
9	LUISA SIBAJA LUNA	1003395473	AUXILIAR	17-08-2024		SURA	PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
10	AGAMEZ JIMENEZ ROBERTO ANTONIO	1003655736	AYUDANTE	16-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PROTECCION
11	WUADITH ANTONIO MIRANDO CORTES	1151188615	OFICIAL	16-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
12	JAIDER JOSÉ CHAMORRO ESTRADA	92640310	OFICIAL	16-08-2024		SURA	PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
13	DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	OFICIAL	16-08-2024		SURA	PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
14	EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	MAESTRO	16-08-2024		SURA	PROMOTORA DE SALUD	PROTECCION
15	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	17/08/2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
16	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	17/08/2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLPENSIONES
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F01
	Listado del personal - Vinculación directa	Pag. 1 de 1

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

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	STEPHANNY GARAY SALGADO	1131104122	AUXILIAR SST	22/06/2024		SURA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN
2	PAMELA OSPINO JIMENEZ	1067920553	RESIDENTE DE OBRA	22/06/2024		SURA	SANITAS	COLFONDOS
3	KAROLAY CARABALLO REYES	1069496540	PSICOLOGA	25/07/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
4	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1131107171	ING AMBIENTAL	11/07/2024		SURA	SANITAS	PORVENIR
5	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50909828	DIRECTORA DE OBRA	15-06-2024		SURA	SURA	COLFONDOS
6	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1047393966	RESIDENTE DE OBRA	22-06-2024		SURA	ASOCIACIÓN	PORVENIR
7	SALGADO PADILLA LUIS EDUARDO	1067280132	COORDINADOR SST	22-06-2024		SURA	SALUD TOTAL	PORVENIR
8	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI	9074773	TECNICO ESTRUCTURAL	22-06-2024		SURA	SANITAS	COLPENSIONES
9	TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL	92229788	CELADOR	04-07-2024		SURA	COOSALUD	PORVENIR
10	NAYALIBE MANJARREZ ELJACH	1067943743	AUXILIAR DE ARQUITECTURA	29-06-2024		SURA	NUEVA EPS	PROTECCIÓN
11	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	OPERADOR MINICARGADOR	1/08/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
12	ALDRIN ROBERT VALENCIA	8769402	MAESTRO	18/08/2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
13	JARLIN ARIEL VALENCIA	72212811	MAESTRO	14-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
14	JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ	1047043732	OFICIAL	14-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
15	MANUEL DE JESUS DOMINGUEZ PACHECHO	8772760	OFICIAL	14-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION
16	RICARDO JOSE MANJARREZ PAREJO	1007564070	OFICIAL	14-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
17	ENOC DIAZ ACOSTA	72215503	OFICIAL	14-08-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION
18	ANDRÉS FELIPE ESPAÑA PINZÓN	1010092215	AYUDANTE	14-08-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F01
	Listado del personal - Vinculación directa	Pag. 1 de 1

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

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	TOUS PEÑATA YOVANNY	15619367	AYUDANTE	3/09/2024		SURA	EPS FAMILIAR	COLFONDOS
2	ELMUTH TOUS PEÑATA	73231900	AYUDANTE	1/09/2024		SURA	COOSALUD	PORVENIR
3	SUAREZ ALVIS YOFRAN ANDRES	1131104539	AYUDANTE	1/09/2024		SURA	REGIMEN ESPECIAL	PROTECCION
4	FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	OFICIAL	5/09/2024		SURA	MUTUAL SER	PORVENIR
5	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	MAESTRO	5/09/2024		SURA	SALUD TOTAL	COLPENSIONES
6	TOMAS ZUÑIGA ARTEAGA	11311088158	AYUDANTE	29/08/2024		SURA	NUEVA EPS	PORVENIR
7	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE			SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	NINGUNA
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

ARL | sura

Medellín, 03 de September 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 COVEÑAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1131104488	CONEO MARQUEZ ELIECER	04/09/2024		25230164	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 03/09/2024 08:58:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ELIECER CONEO MARQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1131104488,** se encuentra afiliado/a desde **26/11/2007** 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 03 de septiembre de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] | Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: CONEO	Segundo apellido: MARQUEZ	Primer nombre: ELICER	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1.131.104.488	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de Nacimiento: 02 01 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización IBC
SURA	COLPENSIONES	1.300.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
PARCELA LOS ALGARROBOS		3154620585	elicer488@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona		Localidad/Comuna	Departamento
COVEÑAS	Urbana [ ] Rural [X]		PARCELA LOS ALGARROBOS	SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	7919612	consorciocmohospitalsucre@gmail.com	COVEÑAS	SUCRE

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR

Juntos a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO N°

N°. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminacion de la inscripcion en la EPS. Codigo [ ]
- [ ] 6. Reinscripcion en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculacion de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [X] 13. Movilidad:
  - [X] A.Regimen Contributivo
  - [ ] B.Regimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A.Mismo Régimen
  - [ ] B.Diferente Regimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del tramite de prolección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 0 4 0 9 2 0 2 4

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

ELIECER CONEO

54.El cotizante cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67.Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68.Fecha de radicación D D M M A A A A	69.Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 03 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C92230393	BARRIOS CORTINA JULIAN FRANCISCO	04/09/2024		2721721L	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 03/09/2024 09:10:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **92.230.393**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre 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.

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
BARRIOS	CORTINA	JULIAN	FRANCISCO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	92.230.393		X	19 02 1979

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRONICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3163145342		JULIANBARRIOS@GMAIL.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. 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 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
	04	09	2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestacion de servicio
Julian Barrios	Leydis Claret

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 03 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C15682314	GARZON LOPEZ JORGE ELIECER	04/09/2024		14921419	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 03/09/2024 09:12:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE ELIECER GARZON LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.682.314**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Septiembre 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.*

Scanned with CamScanner

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. de Radicación | Fecha de Radicación

A. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: GARZON	Segundo apellido: LOPEZ	Primer nombre: JORGE	Segundo nombre: ELICER

7. Tipo de Documento de Identidad	8. N° del Documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento	Estado Civil	11. Ocupación
CC	15.682.314	Femenino / Masculino X	1 8 1 0 1 9 7 0	CASADO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

15. Administradora de Pensiones - AFP		16. Valor aproximado de los ingresos mensuales
SURA	PORVENIR	1.300.000

17. Residencia			
Dirección: CALLE 2 # 8-05	Teléfono fijo	Teléfono celular: 3128075143	Correo Electrónico
Municipio/Distrito: COVEÑAS	Área: Urbana / Rural: X	Localidad / Comuna: VEREDA JOVAL	Departamento: SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. N° del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino / Masculino		

Municipio/Distrito	Área: Urbana / Rural	Departamento	Código IPS (si registra para UPC)	Teléfono fijo	Celular

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
6				
b2				
b3				
b4				
b5				

	25. Tipo de documento de identificación	26. Número de documento de identificación	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
6					
b2					
b3					
b4					
b5					

Datos Complementarios

	30. Parentesco	30.1 Sisbén	31. Cabeza de familia? Marque con una X			32. Ocupación del afiliado adicional (Consultar con la UPC)
			Hijo		Otro	
			I	II	III	
6						
b2						
b3						
b4						
b5						

	32.1 Otras de residencia	Zona	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
6		U R				
b2		U R				
b3		U R				
b4		U R				
b5		U R				

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (consultar con la UPC)
C		
E		
S		
T		

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

35. Razón Social o Apellidos y Nombres		36. Tipo de Identificación	37. Número de Identificación	38. Fecha de Ingreso (dd/mm/aaaa)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		NIT	901811441 3	

39. Dirección	40. Teléfono	41. Correo Electrónico	42. Municipio	43. Departamento
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	7919612	consorciocmohospitalsucre@gmail.com	MONTERIA	CORDOBA

Scanned with CamScanner

II. REPORTE DE NOVEDADES

26. Fecha de Novedad

1. Modificación de los datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos de ubicación
5. Terminación de la vinculación en el EPS Código
6. Reincorporación en la EPS
7. Inclusión de grupo familiar o de afiliados adicionales
8. Reducción de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de un dependiente para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de la condición para ser cotizante

11. Vinculación a una entidad administradora como régimen especial o régimen de excepción
12. Traslado de una entidad administradora del régimen contributivo al subsidiado
13. Movilidad A. Régimen como nuevo B. Régimen Anterior
14. Traslado A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Terminación de relación laboral
16. Reporte de licencia de maternidad
17. Reporte de la calidad de hijo permanente
18. Reporte de una calidad de mantenimiento

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

27. Datos básicos de identificación del cotizante (según documento de identidad)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	42. Fecha de Nacimiento
Pago por Reconocimiento de Incapacidad	Número de Identificación del Cotizante	Sexo	Día / Mes / Año	04 09 2024

43. EPS Anterior

44. Modalidad de Traslado	45. Código de Clasificación Familiar o Régimen de Excepción
Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de responsabilidad y veracidad de la información y validez de soportes

47. Declaración de afiliación a Administradora de Riesgos Laborales, Pensiones y Cesantías

48. Declaración de existencia o no de vínculo laboral o relación legal y reglamentaria

49. Declaración de la información del cotizante sobre su estado de salud para determinar su condición de discapacidad y/o de gestación

50. Autorización para consultar, solicitar, entregar, actualizar y reportar la información financiera del cotizante a centrales de riesgo y/o a las bases de datos de afiliados vigentes

51. Autorización para que la EPS adelante la validación para el reporte de novedades de las bases de datos de afiliados vigente y la depuración para lo cual se cruzarán los datos personales del cotizante y su grupo familiar con la información de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil

52. Autorización para que la EPS adelante el tratamiento de los datos personales del cotizante y su grupo familiar y de sus beneficiarios, de conformidad con la política de tratamiento de datos personales de la EPS y con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

53. Autorización para que la EPS envíe información a correo electrónico, celular o cualquier medio de envío

VIII. FIRMAS

54. Firma del Cotizante Jorge Garzon

55. Firma del Representante Legal de la Entidad Administradora o Pagadora del Régimen Especial o de Excepción

IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documento de identidad

Cotizante	CC	TI	PA	CD	Folio
	RC	CE	CF	SC	

57. Copia del documento de reconocimiento emitido por la autoridad competente

58. Copia del registro civil de nacimiento o de la tarjeta de identidad con el número de folio que aparece en el mismo

59. Copia del documento que acredite el parentesco del cotizante con el beneficiario, tratándose de hijastros, padrastros, abuelos, nietos, hermanos, tíos, sobrinos, bisabuelos, bisnietos, tatarabuelos y tatarabuelos de quien declara la unión marital de hecho

60. Copia del certificado de adopción o auto de la autoridad competente

61. Copia del certificado de tutela o del auto de nombramiento de tutor(a)

62. Documento que acredite la calidad de hijo(a) mayor de 25 años con discapacidad y que dependa económicamente del cotizante

63. Copia de la(s) tarjeta(s) profesional(es) del(los) médico(s) tratante(s)

64. Certificación de reconocimiento de una entidad autorizada para realizar enfermedades colectivas

65. Copia del acta notarial de unión de hecho o declaración de existencia de la unión marital de hecho ante la autoridad competente o escritura pública con la que se declara la unión marital de hecho

PRESTACIONES ECONÓMICAS
OFICINA CORDOBA: RADICADO
Fecha de Recibido 09 SEP 2024
Firma Del Funcionario

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Identificación	69. Fecha de Vinculación

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma de formulario el afiliado manifiesta su veracidad de la información registrada y de los datos suministrados, igualmente el respectivo V. de formulario

ARL | sura

Medellín, 05 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C78704837	HERRERA TIRADO HOVER LUIS	06/09/2024		sX4uD240	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/09/2024 17:57:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HOVER LUIS HERRERA TIRADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **78.704.837**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Septiembre 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.*

Scanned with CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23162-00003009-CN

Fecha de Radicación: 0 9 0 9 2 0 2 4

I. DATOS DE TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación (X) B. Reporte de Novedades ( )	B. Colectiva ( ) A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia (X) -Beneficiario o Afiliado ( ) C. Institucional ( ) D. De Oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )

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

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

6. Apellidos y Nombres			
HERRERA	TIRADO	HOVER	LUIS
7. Tipo de Documento de Identidad	**8. Número del documento de Identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de Nacimiento**
CC	78704837	Femenino ( ) Masculino (X)	1 9 1 1 1 9 6 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo ( ) N M	Condición ( )	( )	5

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC	
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PORVENIR	1300000	
18. Residencia		3104593231	RFUENTES@GMAIL.COM
DG 12 3 - 35			
CERETE	Zona Urbana (X) Rural ( )	LA GLORIA	CORDOBA
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de Documento de Identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de Nacimiento**
( )		Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			
B	1		
B	2		
B	3		
B	4		

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

35. Nombre o razón	36. Tipo de Documento de Identidad	37.Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	Empleador

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7 - 40 LOCAL 1	7919612	consorciocmohospitalsucre@gmail.com	MONTERIA	CORDOBA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Scanned with CamScanner

mutualser

NIT 805.008.394-2

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

40. Tipo de Novedad — **II. REPORTE DE NOVEDADES**

- 1. Modificación de datos básicos de identificación
- 2. Corrección de datos básicos de identificación
- 3. Actualización del documento de identidad
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
- 6. Reinscripción en la EPS.
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir
- 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
- 15. Reporte de fallecimiento.
- 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad		Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	0 6 0 9 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. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. Autorización para que que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
  Cantidad: 0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 0 Total 0
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JAIME LUIS CARRASCAL AVILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **78.076.914,** se encuentra afiliado(a) **al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre 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.

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 24 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C78076914	CARRASCAL AVILA JAIME LUIS	25/09/2024		198250aW	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 24/09/2024 09:00:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.150.137, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 24 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005708548	MESTRA GONZALEZ CARLOS ANDRES	25/09/2024		s251167V	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 24/09/2024 08:58:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.150.137, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.708.548**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre 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.

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 24 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C73432693	FERNANDEZ BENAVIDEZ PEDRO MIGUEL	25/09/2024		151U2119	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 24/09/2024 08:56:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.150.137, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FERNANDEZ BENAVIDEZ PEDRO MIGUEL** identificado(a) con **CC** número **73.432.693** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de septiembre 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

20240924084405

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 24 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005708413	LADEUS RANGEL YOJARIS	25/09/2024		22223325	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 24/09/2024 08:54:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.150.137, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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:

YOJARIS LADEUS RANGEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.708.413**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de August 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C73231900	TOUS PEÑATA HELMUTH	01/09/2024		c196D180	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 31/08/2024 11:57:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HELMUTH TOUS PEÑATA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.231.900,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Agosto 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.*

Scanned with CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

Nro. De Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Usuario: A. Afiliado X | B. Portante de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante | B. Beneficiario | C. Adicional
3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario
5. Tipo de Usuario: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado
Código (según tabla de EPS)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TOUS	PEÑATA	HELMUTH	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	73.231.900	Femenino ☐ Masculino X	0 2 0 1 1 972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización
SURA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CALLE 3 # 6-13		3009526471	touspeñata@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Localidad/Comuna	Departamento
COVEÑAS	X	☐	PINTA SECA	SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: 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
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo			32. Régimen	
			C	M	M	1	2
01							
02							
03							
04							
05							

	33. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Territorio Especial de Salud	34. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

	35. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS a la que pertenece (si la conoce)
1		
2		
3		
4		

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

36. Nombre o razón social	37. Tipo de Documento de Identificación	38. Número del documento de identificación	39. Código de la sucursal asignado por la EPS
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

40. Dirección	41. Teléfono	42. Correo electrónico	43. Ciudad
CALLE 42 # 7-42 LOCAL 1	7919612	conosrciocmohospitalsucre@gmail.com	MONTERIA CORDOBA

Scanned with CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

X 13. Movilidad X

01 09 20 24

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

H elmuth

Leidor Perez

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	73231900	HELMUTH	TOUS PEÑATA	10/07/2023 3:00:28 p. m.	SUCRE	COVEÑAS	CL 5 ESTE # 28 OESTE - 46 CS		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901811441	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	N	A	01/09/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 6 días del mes de Septiembre de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 6 días del mes de Octubre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 04 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003655340	VARGAS LADEUS FAIDER ELIAS	05/09/2024		198u3513	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/09/2024 10:48:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.806-8

CERTIFICA QUE:

FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.655.340,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 4 de Septiembre 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.

Scanned with CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23672-00001088-SM

Fecha de Radicación: 06/09/2024

I. DATOS DE TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación (X) B. Reporte de Novedades ( )	A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia (X) -Beneficiario o Afiliado ( ) B. Colectiva ( ) C. Institucional ( ) D. De Oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( )	5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	Código (a registrar por la EPS):

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

6. Apellidos y Nombres			
VARGAS	LADEUS	FAIDER	ELIAS
7. Tipo de Documento de Identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1003655340	9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)	10. Fecha de Nacimiento: 19/01/1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo: F N M — Condición: T P	0	5

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PORVENIR	1300000

18. Residencia			
CRA 65 N 17 44 BARRIOS UNIDOS	Teléfono Fijo	3113891827	
SAN ANTERO (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana ( ) Rural (X)	PORVENIR (Localidad/Comuna)	CORDOBA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	23. Fecha de Nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			
B	1		
B	2		
B	3		
B	4		

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

35. Nombre o razón	36. Tipo de Documento de Identidad	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	Empleador

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7 - 40 LOCAL 1 (Dirección)	7919612 (Teléfono)	consorciocmohospitalsucre@gmail.com (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/Distrito)	CORDOBA (Departamento)

Scanned with CamScanner

mutualser

Atención sin tener en cuenta

NIT 806.008.394-4

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

40. Tipo de Novedad

II. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		0 5 0 9 2 0 2 4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	Afiliación realizada el 06/09/2024 por el empleador 901811441, CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE a través del portal aportante. 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
Faider Vargas	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [0] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [0] Total [0]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

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

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de August 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 COVEÑAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1131104539	SUAREZ ALVIS YOFRAN ANDRES	01/09/2024		31691316	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 31/08/2024 11:53:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

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 31 de agosto 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

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 02 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C15619367	TOUS PEÑATA YOVANNY	03/09/2024		19222234	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 02/09/2024 16:10:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 02 de September 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 COVEÑAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C15619367	TOUS PEÑATA YOVANNY	03/09/2024		19222234	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 02/09/2024 16:10:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.128.93, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] | Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: TOUS	Segundo apellido: PEÑATA	Primer nombre: YAVANNY	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 15.619.367	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de Nacimiento: 27/09/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F N M) Condición (T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización IBC
SURA	COLFONDOS	1.300.000

18. Residencia			
Dirección: PUNTA SECA	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3001165930	Correo electrónico: yovanytuos@gmail.com
Municipio/Distrito: COVEÑAS	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad/Comuna: PUNTA SECA	Departamento: SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de Nacimiento

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	25. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de Nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	Teléfono: 7919612	Correo electrónico: consorciocmohospitalsucre@gmail.com	Municipio/Distrito: COVEÑAS	Departamento: SUCRE

VIGILADO Supersalud

• ORIGINAL EPS •

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

N° de Radicación | Fecha de Radicación

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 0 3 0 9 2 0 2 4

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] PE [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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
Codigo del Municipio	Codigo del departamento	Numero de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
DORIA	TIRADO	IVAN	DANILO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	REGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.064.310.879		X	19 12 2004

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ] [ ] [ ] [ ] [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3044777748		IVANDORIA879@GMAIL.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. 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 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
21 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/a independiente por prestacion de servicio
Ivan Doria	

VERSIÓN 5 [illegible]

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
GARAY	GLORIA	HUGO	ALBERTO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.005.708.729		X	28 11 1999

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3217549500		HUGOGARY729@GMAIL.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

34. UBICACION O DIRECCION	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
21 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

VIGILADO Supersalud

IV. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Hugo Garay	Jenifer Lopez

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
CONTRERAS	RINCO	LUIS	MIGUEL

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.131.108.111		X	04 01 1993

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLOGICA**
3158231547		LUISMIGUELRIN@GMAIL.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de Identidad	DV	38. 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 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
	21	08	2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestacion de servicio
Luis Contreras	Yaneth Yañez

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1072529607	GABRIEL	MORENO LICONA	1/05/2021 12:00:00 a. m.	SUCRE	COVEÑAS	PROVIDENCIA		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901811441	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	N	A	14/08/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 9 días del mes de Septiembre de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 9 días del mes de Octubre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Scanned with CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Septiembre 6 de 2024

Señora:
SIBAJA LUNA LUISA FERNANDA
CC. 1003395473
CR 15 34 51 BRR LA FLORESTA - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 25 de 2009. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
SIBAJA LUNA LUISA FERNANDA	1003395473	C	Sep-25-2009	325	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	1003395473	Dependiente	VIGENTE
RSE INGENIEROS SAS	1003395473	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR

Juntos Sí

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
ESPAÑA (Primer apellido)	PINZON (Segundo apellido)	ANDRES (Primer nombre)	FELIPE (Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.010.092.215	Femenino [ ] Masculino [X]	26 09 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
CRA 8 # 2-15 (Dirección)	(Teléfono Fijo)	3146848068 (Teléfono Celular)	ANDRESESPANA@GMAIL.COM (Correo electrónico)
COVEÑAS (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	CENTRO (Localidad/Comina)	SUCRE (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1 (Dirección)	7919612 (Teléfono)	CONSORCIOCMOHOSPITALSUCRE@GMAIL.COM (Correo electrónico)	MON. (Municipio/Distrito)	CORDOBA (Departamento)

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°

N° de Radicación | Fecha de Radicación

V. REPORTE DE NOVEDADES

48. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 14 08 2024

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad. CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | PT | PE
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67. Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres			
SUAREZ (Primer apellido)	MORALEZ (Segundo apellido)	ANI (Primer nombre)	LUZ (Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.007.245.380	Femenino [ ] Masculino [X]	02 12 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	PROTECCION	1.300.000

18. Residencia			
EL REPARO (Dirección)	3147586625 (Teléfono Fijo)	(Teléfono Celular)	ANILUZSUAREZ@GMAIL.COM (Correo electrónico)
COVEÑAS (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	EL REPARO (Localidad/Comina)	SUCRE (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1 (Dirección)	7919612 (Teléfono)	CONSORCIOCMOHOSPITALSUCRE@GMAIL.COM (Correo electrónico)	MON. CORDOBA (Municipio/Distrito)	(Departamento)

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°

N° de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

46. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 1 4 0 8 2 0 2 4

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario: Ani Suarez M

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio: Sandra Yopes

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT PE
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67. Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2292

AFILIACION

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MANJARRES	PAREJO	RICARDO	JOSE

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.007.564.070		X	11 02 1995

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE	

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3001971956		RICARDOJOSE70@GMAIL.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

40. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
14 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Ricardo Manjarres

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio: Leidit Pareja

VIGILADO SUPERSALUD

Scanned with CamScanner

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
VALENCIA		JARLIN	ARIEL

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	72.212.811		X	19 02 1975

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3007740758		JARLINARIEL11@GMAIL.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

40. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
14 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

Jarlin Valencia
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestacion de servicio

Scanned with CamScanner

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
DIAZ	ACOSTA	ENOC	

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	72.215.503		X	04 11 1975

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3128456532		ENOCDIAZAC@GMAIL.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.

9. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	35. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

40. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
	14	08	2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

Enoc Díaz

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

Scanned with CamScanner

REPUBLICA 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
CANTILLO	GUTIERREZ	JORGE	ELICER

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.047.043.732		X	21 05 1989

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3122171972		jorgecantillo73@GMAIL.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. 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 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
14 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestacion de servicio

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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
VALENCIA		ALDRIN	ROBERT

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	REGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	8.769.402		X	14 10 1969

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE	

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3022142219		ALDRINROBERT@GMAIL.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

40. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
14 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Aldrin Valencia

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: Secretaria Comfasucre

VIGILADO SUPERSALUD

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: RAMOS	Segundo apellido: ALVAREZ	Primer nombre: MIGUEL	Segundo nombre: ANGEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.131.104.839	Femenino [ ] Masculino [X]	27/04/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
Dirección: VEREDA LA ISLA	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3045870837	Correo electrónico: ANDRESESPANA@GMAIL.COM
Municipio/Distrito: COVENAS	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad/Comina: VEREDA LA ISLA	Departamento: SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	Teléfono: 7919612	Correo electrónico: CONSORCIOCMOHOSPITALSUCRE@GMAIL.COM	Municipio/Distrito: MON. CORDOBA	Departamento

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR

Junio 1

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO N°

N° de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 1 4 0 8 2 0 2 4

43. EPS anterior — 44. Motivo de traslado Codigo — 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

MIGUEL RAMOS A
54.El cotizante cabeza de familia o beneficiario

Yeudit Yanes
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 PT PE

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autonzación de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67.Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68.Fecha de radicación D D M M A A A A	69.Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	73231900	HELMUTH	TOUS PEÑATA	10/07/2023 3:00:28 p. m.	SUCRE	COVEÑAS	CL 5 ESTE # 28 OESTE - 46 CS		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901811441	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	N	A	01/09/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 6 días del mes de Septiembre de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 6 días del mes de Octubre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: TOUS	Segundo apellido: PEÑATA	Primer nombre: YAVANNY	Segundo nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	15.619.367	Femenino [ ] Masculino [X]	27/09/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	COLFONDOS	1.300.000

18. Residencia			
Dirección: PUNTA SECA	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3001165930	Correo electrónico: yovanytuos@gmail.com
Municipio/Distrito: COVEÑAS	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad/Comina: PUNTA SECA	Departamento: SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	Teléfono: 7919612	Correo electrónico: consorciocmohospitalsucre@gmail.com	Municipio/Distrito: COVEÑAS	Departamento: SUCRE

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONTRIBUTIVO

N° de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 0 3 0 9 2 0 2 4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC] [PT] [PE]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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: Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67. Datos del SISBEN: Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

VIGILADO Supersalud

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

-ORIGINAL EPS-

Scanned with CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
BARRERA UPARELA DIEGO ALEJANDRO
CC. 15725762
CL 10 15 36 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 11 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
DEULOFEU SALGADO KATERINE BANESA	1102797804	C	Jul-30-2015	0	84	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Jul-30-2015	Anulación por TDA negados	Ninguna
BARRERA PADILLA DAYANA MICHELL	1102832708	T	Mar-11-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
FLOREZ DEULOFEU DIOSELYNE	1103497618	T	Nov-24-2010	4	84	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Jun-13-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
BARRERA DEULOFEU ANGEL DANIEL	1103512136	T	Mar-11-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BARRERA DEULOFEU GABRIELA	1103755256	T	Abr-30-2021	53	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BARRERA UPARELA DIEGO ALEJANDRO	15725762	C	Mar-11-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COLVISEG COLOMBIANA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD LTDA	15725762	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	15725762	Dependiente	VIGENTE
CONSORCIO DJ 2022	15725762	Dependiente	CERRADO
MARIA ALEJANDRA ARZUAGA PADILLA	15725762	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
FUENTES ARCIA EVER ANTONIO
CC. 92539319
CR 19 44 63 -
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 1 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
FUENTES PATERNINA EVELIN PAOLA	1102813934	R	Jun-23-2010	30	129	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-3-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
FUENTES PATERNINA ELIVETH PAOLA	1102836245	R	Jun-23-2010	30	107	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-3-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
PATERNINA RIOS INGRID PAOLA	64698047	C	Jun-23-2010	29	102	COMPANERO(A)	NO VIGENTE	Ago-3-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
FUENTES ARCIA EVER ANTONIO	92539319	C	Oct-1-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92539319	Dependiente	VIGENTE
CONSORCIO DJ 2022	92539319	Dependiente	CERRADO
DEYIS DEL CARMEN SUAREZ BRAVO	92539319	Dependiente	CERRADO
ECOHABITAT LTDA	92539319	Dependiente	CERRADO
EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	Trabajador Independiente	CERRADO
JAVIER SEGUNDO TAPIAS COHEN	92539319	Dependiente	CERRADO
MARIA ALEJANDRA ARZUAGA PADILLA	92539319	Dependiente	CERRADO
TERESA DE JESUS BEDOYA HERRERA	92539319	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
CHAMORRO ESTRADA JAIDER JOSE
CC. 92640310
TIERRA PROMETIDA CL 1 - 2800000
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 30 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CHAMORRO ESTRADA JAIDER JOSE	92640310	C	Nov-30-2023	16	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92640310	Dependiente	VIGENTE
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	92640310	Dependiente	CERRADO
INGENIERO ARQUITECTO CONSTRUCTOR INARQCON SAS	92640310	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
Yanez	Coronado	Jesus	Andres

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.131.105.153		X	04 09 2005

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE	

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3145296216		jesusyanez153@gmail.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. 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 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
29 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Jesus Yanez	Leidis Yanez

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 47555-00002397-SM

Fecha de Radicación: 30 08 2024

I. DATOS DE TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación (X) B. Reporte de Novedades ( )	B. Colectiva ( ) A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia (X) -Beneficiario o Afiliado ( ) C. Institucional ( ) D. De Oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( )	5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y Nombres			
CARDENAS	BOHORQUEZ	JEAN	CARLOS
7. Tipo de Documento de Identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de Nacimiento**
CC	1007245363	Femenino ( ) Masculino (X)	08 09 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo: ( ) Condición: ( )	0	5

15. Administradora de Riesgos Laborales	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PORVENIR	1300000

18. Residencia			
SALUDVIDA	[illegible]	3206065410	JEANCARLOCARDENASBOHORQUEZ4@GMAIL
PLATO	Zona: Urbana (X) Rural ( )	SALADO	MAGDALENA
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

Apellidos y Nombres			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
20. Tipo de Documento de Identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de Nacimiento**
( )		Femenino ( ) Masculino ( )	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B 1		
B 2		
B 3		
B 4		

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

35. Nombre o razón	36. Tipo de Documento de Identidad	37.Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	Empleador

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7 - 40 LOCAL 1	7919612	consorciocmohospitalsucre@gmail.com	MONTERIA	CORDOBA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Scanned with CamScanner

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1131104030	JOHAN SEBASTIAN	ZUÑIGA LOPEZ	10/08/2021 12:00:00 a. m.	SUCRE	COVEÑAS	AC 1 # 2 - 1	6106101	Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901811441	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	N	A	27/08/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 9 días del mes de Septiembre de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 9 días del mes de Octubre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
DE AGUSTIN	HERNANDEZ	WILLIAM	JOSE
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.067.400.596	Femenino [ ] Masculino [X]	23/09/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	COLPENSIONES	1.300.000

18. Residencia			
EL REPARO	3117085152	WILLIAMJOSE@GMAIL.COM	
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
COVENAS	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	EL REPARO	SUCRE
Municipio/Distrito		Localidad/Comina	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	7919612	CONSORCIOCMOHOSPITALSUCRE@GMAIL.COM	MON.	CORDOBA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR DE COLOMBIA

Juntos Sí

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO N°

N°. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 17 08 2012

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

William d. Agustin

54.El cotizante cabeza de familia o beneficiario

Jenifer Cano

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 PT PE

  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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
Codigo del Municipio	Codigo del departamento	Numero de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2292

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: ZUÑIGA | SEGUNDO APELLIDO: ARTEAGA | PRIMER NOMBRE: TOMAS | SEGUNDO NOMBRE:

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.131.108.815		X	18 01 1994

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3002651265		tomaszuniga@gmail.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

40. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
29 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Tomas Zuñiga	Audit Foner R

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR: [illegible]

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
VERGARA	GALLEGO	ALEXANDER	

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.131.108.085		X	04 04 1991

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE	

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3015606338		alexandervergara@gmail.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

34. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
22 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Alexander Vergara	Leidy Yaner

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
MIRANDA (Primer apellido)	CORTES (Segundo apellido)	WUADITH (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.151.188.615	Femenino [ ] Masculino [X]	04 03 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
CRA 42 #16-15 (Dirección)	3217587034 (Teléfono Fijo)	(Teléfono Celular)	MIRANDOCORTES@GMAIL.COM (Correo electrónico)
SINCELEJO (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	CENTRO (Localidad/Comina)	SUCRE (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1 (Dirección)	7919612 (Teléfono)	CONSORCIOCMOHOSPITALSUCRE@GMAIL.COM (Correo electrónico)	MON. CORDOBA (Municipio/Distrito)	(Departamento)

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR DE COLOMBIA

Juntos a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO N°

N°. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 16 08 2012 14

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67.Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68.Fecha de radicación D D M M A A A A	69.Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: MONSALVO	Segundo apellido: CASTRO	Primer nombre: HEYNER	Segundo nombre: ALFONSO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	85.083.707	Femenino [ ] Masculino [X]	25/06/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	COLFONDOS	1.300.000

18. Residencia			
Dirección: TORRENTE INDIGENA	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3108207461	Correo electrónico: heynermonsalvo@gmail.com
Municipio/Distrito: COVEÑAS	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad/Comuna: TORRENTE INDIGENA	Departamento: SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	Teléfono: 7919612	Correo electrónico: consorciocmohospitalsucre@gmail.com	Municipio/Distrito: COVEÑAS	Departamento: SUCRE

Vigilado Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA Juntos Sí

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO N°

N°. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 2 9 0 8 2 0 2 4

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67.Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68.Fecha de radicación D D M M A A A A	69.Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
TOBAR	CORREA	MANUEL	FRANCISCO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	15.029.586	Femenino [ ] Masculino [X]	22/11/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
VEREDA GUAYABAL	3007316049	MANUELTOBAR@GMAIL.COM	
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
COVEÑAS	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	VEREDA GUAYABAL	SUCRE
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	7919612	CONCOSRCIOCMOHOSPITALSUCRE@GMAIL.COM	MON.	CORDOBA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea las instrucciones que se encuentran dentro del formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO N°

N° de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 2 6 0 8 2 0 2 4

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT PE
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67.Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68.Fecha de radicación D D M M A A A A	69.Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: URANGO	Segundo apellido: HERNANDEZ	Primer nombre: OSWALDO	Segundo nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.131.108.401	Femenino [ ] Masculino [X]	2 0 0 5 1 9 9 3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	COLPENSIONES	1.300.000

18. Residencia			
Dirección: TORRENTE INDIGENA	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3216508510	Correo electrónico: osvaldourango@gmail.com
Municipio/Distrito: COVEÑAS	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad/Comuna: TORRENTE INDIGENA	Departamento: SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	Teléfono: 7919612	Correo electrónico: consorciocmohospitalsucre@gmail.com	Municipio/Distrito: COVEÑAS	Departamento: SUCRE

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA Juntos a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO N°.

N°. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 2 9 0 8 2 0 2 4

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Oswaldo Urango
54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario

Yeudit Pomer
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 PT PE
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67.Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68.Fecha de radicación D D M M A A A A	69.Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: AGAMEZ	Segundo apellido: JIMENEZ	Primer nombre: ROBERTO	Segundo nombre: ANTONIO
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1.003.655.736	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de Nacimiento: 2 0 0 4 1 9 9 7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia: [ ]	12. Discapacidad: Tipo [F N M] Condición [T P]	13. Puntaje SISBEN: [ ]	14. Grupo de población especial: [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA	16. Administradora de Pensiones: PROTECCIÓN	17. Ingreso base de cotización. IBC: 1.300.000	
18. Residencia: TORRENTE INDIGENA (Dirección)	Teléfono Fijo:	3116854559 (Teléfono Celular)	robertoagamez@gmail.com (Correo electrónico)
COVEÑAS (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	TORRENTE INDIGENA (Localidad/Comuna)	SUCRE (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad: [ ]	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de Nacimiento: D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1 (Dirección)	7919612	consorciocmohospitalsucre@gmail.com	COVEÑAS	SUCRE

- ORIGINAL EPS -

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR DE COLOMBIA Juntos a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO N°

N°. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 0 1 0 8 2 0 2 4
		[ ]	[ ]		

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario: Roberto A Yamen

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio: Heidi Yamen

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] PE [ ] Cantidad: Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio	Codigo del departamento	67.Datos del SISBEN Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68.Fecha de radicación D D M M A A A A	69.Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afillación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1193043889	ABRAHAM DAVID	RODRIGUEZ ESCUDERO	10/08/2021 12:00:00 a. m.	SUCRE	COVEÑAS	CARRERA 23 CALLE 2 BARRIO GUAYABAL	6106101	Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901811441	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	A	A	03/07/2014

La anterior certificación se expide y firma, a los 3 días del mes de Septiembre de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 3 días del mes de Octubre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Scanned with CamScanner

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1131110304	GUSTABO ADOLFO	RAMOS DIAZ	1/02/2023 12:00:00 a. m.	SUCRE	TOLU	GUAYABAL		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901811441	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	A	A	06/07/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 3 días del mes de Septiembre de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 3 días del mes de Octubre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
HERNANDEZ	ALVAREZ	YEINER	LUIS

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.003.561.521		X	24 10 1998

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [ ] [ ] [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3206082768		YEINERHERNANDEZ@gmail.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

34. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
22 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestacion de servicio
Yeiner Hder A	Leodis Pone

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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 V/O PROMOTOR: C2292

AFILIACION

I. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (No utilizar si cabeza de familia)

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BRAVO	GOMEZ	JUAN	FERNANDO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	REGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.003.655.506		X	22 08 1999

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELEFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELEFONO MOVIL (1)	**TELEFONO MOVIL (2)**	**CORREO ELECTRONICO**	**CODIGO IPS**	**IPS ODONTOLOGICA**
3005352186		BRAVOGOMEZ@GMAIL.COM	7061	7061

III. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

9. NOMBRE O RAZON SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901S11441-3		DEPENDIENTE

4. UBICACIÓN O DIRECCION	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELEFONO FIJO - EST.	TELEFONO MOVIL (1)	TELEFONO MOVIL (2)	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACION LABORAL	CARGO U OCUPACION	SALARIO
21 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

Juan Fernando B
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestacion de servicio

Scanned with CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
BANQUET DONADO JHON JAIRO
CC. 15621529
CL 12 CR 19 LA SABANERA - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 15 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
BANQUET DONADO JHON JAIRO	15621529	C	Jun-15-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO AZNE COVEÑAS	15621529	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	15621529	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUCCIONES EL CONDOR SA	15621529	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA GANEM SSAS	15621529	Dependiente	CERRADO
JT CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS SAS	15621529	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2292

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: GARAY | SEGUNDO APELLIDO: GLORIA | PRIMER NOMBRE: IVAN | SEGUNDO NOMBRE: DARIO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1,193,142,465		X	10 01 2003

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3217549500		IVANGARY465@GMAIL.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

40. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
	21	08	2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Ivan Garay	Jadit Goneiz

VIGILADO SUPERSALUD

Scanned with CamScanner

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
JARABA	SUAREZ	ALBERTO	ENRRIQUE

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.007.245.223		X	05 11 1998

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CODIGO IPS**	**IPS ODONTOLOGICA**
3046131610		ALBERTOJARA@GMAIL.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

34. UBICACIÓN O DIRECCION	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
21 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestacion de servicio
Alberto Jaraba	Leydis Yaner R

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

COOSALUD

En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1131110865	JUAN CARLOS	INSIGNARES GLORIA	22/01/2024 3:25:50 p. m.	SUCRE	COVEÑAS	CL 2 ESTE # 12 SUR - 36 CS PUNTA SECA POR DETRAS DEL ESTADIO POR DONDE LA PIPO		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901811441	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	N	A	21/08/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 9 días del mes de Septiembre de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 9 días del mes de Octubre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Scanned with CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Septiembre 6 de 2024

Señor:
CAUSIL GALVAN OSCAR MIGUEL
CC. 1073809586
CL 34 67 67 - 2999999
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 4 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CAUSIL GUTIERREZ DANNA GABRIELA	1020765210	T	Sep-4-2024	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Traslado en confirmación de la otra EPS	Ninguna
CAUSIL GUTIERREZ DANIVIS	1020803591	T	Sep-4-2024	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Traslado en confirmación de la otra EPS	Ninguna
CAUSIL GUTIERREZ MIGUEL ALEJANDRO	1033116405	T	Sep-4-2024	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Traslado en confirmación de la otra EPS	Ninguna
CAUSIL GALVAN OSCAR MIGUEL	1073809586	C	Sep-4-2024	0	0	COTIZANTE	VIGENTE		Traslado en confirmación de la otra EPS	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	1073809586	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
DORIA	MOLINA	JOHNNY	LUIS

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	15.034.491		X	16 02 1970

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [ ] [ ] [X] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE	

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3217258777		johnnydoria_1@gmail.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	35. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. 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 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
29 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
JOHNNY DORIA	Leidit Yanes R.

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO ASESOR V/O PROMOTOR: C2292

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: RAMOS | SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ | PRIMER NOMBRE: JAIRO | SEGUNDO NOMBRE: DE JESUS

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	18.857.561		X	16 05 1974

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE	
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS / IPS ODONTOLÓGICA**
3145172937		jairodejesus@gmail.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de Identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

34. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
27 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
GONZALEZ	BANQUET	KENER	

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.007.245.339		X	06 11 1997

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE	

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3216638752		kenergonzalez@gmail.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	35. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

4. UBICACION O DIRECCION	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
	29	08	2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR ... NIT 830.519.904-8 TEL 724 41 19

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Kener Gonzalez	Leidis Lopez

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: C2292

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: BARRETO | SEGUNDO APELLIDO: DIAZ | PRIMER NOMBRE: JAVIER | SEGUNDO NOMBRE: ANDRES

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1007.663.238		X	17 03 1997

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE	

TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3205609487		javierbarreto38@gmail.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.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

34. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
29 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Javier Barreto	Leidis Perez R

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR ... NIT 900.156.264-2 TEL. 730 91 19

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
SIERRA	BELLO	CARLOS	MARIO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.131.106.681		X	20 06 1990

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [X]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3205609487		carlossierra681@gmail.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	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. 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 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
29 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Carlos Sierra	Jeudit Perez R

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
MARQUEZ	PELEGRINO	PEDRO	JAFET

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.131.107.808		X	14 07 1992

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3017888922		PEDROMARQUEZ@GMAIL.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

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. 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 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
21 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	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
Pedro Marquez	Leidis Perez

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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

AFILIACION

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PERALTA	CARDENAS	GERMAN	ALONSO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	REGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.005.708.688		X	03 02 1996

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACION	TELEFONO	
COVEÑAS	SUCRE	COMFASUCRE		
TELEFONO MOVIL (1)	TELEFONO MOVIL (2)	CORREO ELECTRONICO	CODIGO IPS	IPS ODONTOLOGICA
3017888922		PERALTAGERMAN@GMAIL.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.

33. NOMBRE O RAZON SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Numero documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	X	901811441-3		DEPENDIENTE

40. UBICACION O DIRECCION	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	MONTERIA	CORDOBA	

TELEFONO FIJO - EXT.	TELEFONO MOVIL (1)	TELEFONO MOVIL (2)	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA
7919612	3114269116		consorciocmohospitalsucre@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
21 08 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestacion de servicio
German Peralta	Deudir Caner

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
PALOMINO ALVAREZ DANIEL DARIO
CC. 78030594
AGUAS NEGRAS VR FARO 1 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 16 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
PALOMINO ALVAREZ DANIEL DARIO	78030594	C	Sep-16-2019	50	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	78030594	Dependiente	VIGENTE
CONSORCIO PH 2019	78030594	Dependiente	CERRADO
ECHEVERRY INVERSIONES CAMEL SAS	78030594	Dependiente	CERRADO
PROPAV S A S	78030594	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

Salud Total EPS

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
CORREA HERNANDEZ JUAN DAVID
CC. 1192777765
CL 40 21 39 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 3 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CORREA HERNANDEZ JUAN DAVID	1192777765	C	Dic-3-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA LAS PENITAS LTDA	1192777765	Aprendiz en etapa productiva.	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	1192777765	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
FUENTES JULIO KEVIN
CC. 1072529244
CR 23 N5 21 - 2999999
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 11 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
FUENTES JULIO KEVIN	1072529244	C	Jul-11-2023	12	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	1072529244	Dependiente	VIGENTE
MARINOS COMPANIA SAS	1072529244	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
MURILLO DE HOYOS PEDRO LUIS
CC. 92229029
VRD PUNTA SECA CL 1 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 15 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MURILLO PEREZ JUAN DIEGO	1007756862	C	Abr-15-2021	65	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MURILLO PEREZ MARIA PAOLA	1131107002	T	Abr-15-2021	65	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PEREZ MARTINEZ YEIMIS MARGOTH	33056104	C	Abr-15-2021	65	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PEREZ HIJO DE YEIMIS MARGO	33056104	M	Oct-2-2023	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Oct-2-2023	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
MURILLO DE HOYOS PEDRO LUIS	92229029	C	Abr-15-2021	65	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92229029	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUCTORA GANEM SSAS	92229029	Dependiente	CERRADO
JUAN RAFAEL ARANGO PAVA	92229029	Servicio Domestico	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 3 de 2024

Señor:
MENDOZA MARTINEZ LUIS ALFONSO
CC. 1005708736
CL 02 06 12 - 1111111
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 17 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MENDOZA MARTINEZ LUIS ALFONSO	1005708736	C	Jul-17-2017	77	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
AVILA BARBUTIN NELIS ALEJANDRA	1065376296	C	Nov-7-2018	28	26	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Ago-7-2019	Tx a Regimen Subsidiado - Archivos S Fosyga	Ninguna
MENDOZA AVILA DAYLAM SOFIA	1231340116	R	Feb-20-2019	15	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALFONSO OSPINA CASTILLO	1005708736	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	1005708736	Dependiente	VIGENTE
UNION TEMPORAL COPARKES	1005708736	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Septiembre 6 de 2024

Señor:
CRUZ PATERNINA VICTOR JOSE
CC. 92517051
CL 24 8 A 21 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 15 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CRUZ CARDONA DANIELA ANDREA	1005662143	C	Sep-15-2018	56	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CARDONA SAENZ ANA AZMARA	64578231	C	Sep-15-2018	56	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
CRUZ PATERNINA VICTOR JOSE	92517051	C	Sep-15-2018	56	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CENTRO AMABLE	92517051	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92517051	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUCCIONES CIVILES Y REDES S A S	92517051	Dependiente	CERRADO
CRUZ VICTOR	92517051	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
INSTAELECTRIC SERVICIOS SAS	92517051	Dependiente	CERRADO
MATERIALES TATACOA SAS	92517051	Dependiente	CERRADO
MATERIALES TATACOA SAS	92517051	Dependiente	CERRADO
SOPORTES EN REDES ANSERMA S A S	92517051	Dependiente	CERRADO
SOPORTES EN REDES ANSERMA S A S	92517051	Dependiente	CERRADO
SOPORTES WUAYU ELECTRICOS S A S	92517051	Dependiente	VIGENTE
TRANSPORTES Y GESTIONES SAS	92517051	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 4524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres			
MANJARREZ (Primer apellido)	OVIEDO (Segundo apellido)	ALVARO (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.116.615.548	Femenino [ ] Masculino [X]	2 0 0 7 1 9 9 6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
CRA 2 # 2-65 (Dirección)		3146848068 (Teléfono Celular)	ALVAROMANJA4@GMAIL.COM (Correo electrónico)
COVENAS (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	CENTRO (Localidad/Comina)	SUCRE (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1 (Dirección)	7919612 (Teléfono)	CONSORCIOCMOHOSPITALSUCRE@GMAIL.COM (Correo electrónico)	MON. CORDOBA (Municipio/Distrito)	(Departamento)

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

Contributivo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Los espacios que se encuentren sombreados al formulario deben ser diligenciados

CONSECUTIVO N°

N° de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

48. TIPO DE NOVEDAD

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminacion de la inscripcion en la EPS.
  Codigo [ ]
- [ ] 6. Reinscripcion en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculacion de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [x] 13. Movilidad:
  - [x] A.Regimen Contributivo
  - [ ] B.Regimen Subsidiado
  - [ ] A.Mismo Regimen
  - [ ] B.Diferente Regimen
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del tramite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 2 1 0 8 2 0 2 4

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Codigo [ ]

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] PE [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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 Codigo del Municipio / Codigo del departamento	67.Datos del SISBEN Numero de ficha / Puntaje / Nivel	68.Fecha de radicación D D M M A A A A	69.Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

EPS FAMILIAR

Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: RINCO	Segundo apellido: SUAREZ	Primer nombre: EDER	Segundo nombre: LUIS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.005.708.714	Femenino [ ] Masculino [X]	16 / 12 / 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
Dirección: VEREDA GUAYABAL	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3113795231	Correo electrónico: EDERINCO714@GMAIL.COM
Municipio/Distrito: COVENAS	Zona: Urbana [ ] Rural [X]	Localidad/Comuna: VEREDA GUAYABAL	Departamento: SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	25. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de Nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

39. Ubicación				
Dirección: CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	Teléfono: 7919612	Correo electrónico: CONSORCIOCMOHOSPITALSUCRE@GMAIL.COM	Municipio/Distrito: MON. CORDOBA	Departamento:

- ORIGINAL EPS -

Scanned with CamScanner

EPS | FAMILIAR DE COLOMBIA

Juntos Asi

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°

N°. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

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

40. TIPO DE NOVEDAD

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminacion de la inscripcion en la EPS. Codigo ☐
- ☐ 6. Reinscripcion en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculacion de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad:
  - ☐ A.Régimen Contributivo
  - ☐ B.Régimen Subsidiado
  - ☐ A.Mismo Régimen
  - ☐ B.Diferente Régimen
- ☐ 14. Traslado
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del tramite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado Codigo ☐

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de Identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT PE

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste 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
Codigo del Municipio	Codigo del departamento	Numero de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Numero del documento de identidad	71. Firma del funcionario
☐		

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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

CÓDIGO 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
SALGADO	CRUZ	IVAN	DARIO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.067.855.135		X	29 05 1987

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
MONTERIA	CORDOBA	COMFASUCRE		
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3104897083		ivansalgado@gmail.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.

35. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. 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 Nº 7-40 LAURELES	MONTERIA	CORDOBA	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA
7919612	3114269116		obra.hospitaldelgolfo@gmail.com	DEPENDIENTE

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
01 08 2024	OPERADOR DE MINI	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 afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Ivan Salgado C	Jeralt Goner

VIGILADO Supersalud

Scanned with CamScanner

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

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 AGOSTO 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 27 de septiembre 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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 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
2024-08	2024-09	904347858	9473035677	E	2024/09/10	2024/09/10	BANCOLOMBIA	0	$13,687,700

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1003655736	AGAMEZ ROBERTO	X																	230201	15	$650,000	$104,000	CCFC33	15	$650,000	$26,000	CCF41	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
2	CC	15621529	BANQUET JHON	X																	230301	14	$606,667	$97,100	EPS002	14	$606,667	$24,300	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0	Si	$188,000
3	CC	15725762	BARRERA DIEGO	X																	230301	15	$650,000	$104,000	EPS002	15	$650,000	$26,000	CCF41	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
4	CC	1007663238	BARRETO JAVIER	X																	230301	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
5	CC	1104867738	BLANQUICETT CARLOS	X																	230301	4	$173,334	$27,800	CCFC55	4	$173,334	$7,000	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
6	CC	1003655506	BRAVO JUAN	X																	230301	10	$433,334	$69,400	EPS041	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
7	CC	1047043732	CANTILLO JORGE	X																	231001	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
8	CC	1069496540	CARABALLO KAROLAY																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	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
9	CC	1007245363	CARDENAS JEAN	X																	230301	1	$43,334	$7,000	ESSC07	1	$43,334	$1,800	CCF41	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	$3,100	1	$0	$0	Si	$13,700
10	CC	1073809586	CAUSIL OSCAR	X																	230201	2	$86,667	$13,900	EPS017	2	$86,667	$3,500	CCF41	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
11	CC	92640310	CHAMORRO JAIDER	X																	230301	15	$650,000	$104,000	EPS002	15	$650,000	$26,000	CCF41	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
12	CC	1131108111	CONTRERAS LUIS	X																	230301	10	$433,334	$69,400	EPS041	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
13	CC	92230677	CONTRERAS MARCELO	X	X																231001	2	$86,667	$13,900	CCFC33	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	11033215	CORREA JUAN	X																	230301	4	$173,334	$27,800	CCFC55	4	$173,334	$7,000	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
15	CC	1192777765	CORREA JUAN	X																	230201	4	$173,334	$27,800	EPS002	4	$173,334	$7,000	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
16	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
17	CC	92517051	CRUZ VICTOR	X																	230301	1	$53,334	$8,600	EPS002	1	$53,334	$2,200	CCF41	1	$53,334	$2,200	14-11	1	$53,334	$3,800	1	$0	$0	Si	$16,800
18	CC	92229788	CUAVAS TOMAS																		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC24	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
19	CC	1067400596	DE AGUSTIN WILLIAM	X																	25-14	14	$606,667	$97,100	CCFC33	14	$606,667	$24,300	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0	Si	$188,000
20	CC	72215503	DIAZ ENOC	X																	230201	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
21	CC	8772760	DOMINGUEZ MANUEL	X																	230201	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
22	CC	1064310879	DORIA IVAN	X																	25-14	10	$433,334	$69,400	EPS041	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
23	CC	15034491	DORIA JOHNNY	X																	230301	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
24	CC	1067943743	ELJACH NAYALIBE																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	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
25	CC	1010092215	ESPAÑA ANDRES	X																	230301	17	$736,667	$117,900	CCFC33	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
26	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
27	CC	92539319	FUENTES EVER	X																	230201	15	$650,000	$104,000	EPS002	15	$650,000	$26,000	CCF41	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
28	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
29	CC	1072529244	FUENTES KEVIN	X																	230201	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
30	CC	1005708729	GARAY HUGO	X																	230301	10	$433,334	$69,400	EPS037	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
31	CC	1193142465	GARAY IVAN	X																	230301	10	$433,334	$69,400	EPS037	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
32	CC	1131104122	GARAY STEPHANNY																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	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
33	CC	11154441	GOMEZ ADALBERTO	X																	230301	4	$173,334	$27,800	EPS048	4	$173,334	$7,000	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
34	CC	1007245339	GONZALEZ KENER	X																	230201	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
35	CC	8741258	HERNANDEZ JOSE	X																	230301	14	$606,667	$97,100	EPS048	14	$606,667	$24,300	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0	Si	$188,000

No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
36	CC	1003561521	HERNANDEZ YEINER	X																	25-14	9	$390,000	$62,400	EPS041	9	$390,000	$15,600	CCF41	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$390,000	$27,200	9	$0	$0	Si	$120,800
37	CC	1131110865	INSIGNARES JUAN	X																	230301	10	$433,334	$69,400	ESSC24	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
38	CC	1007245223	JARABA ALBERTO	X																	230301	10	$433,334	$69,400	EPS041	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
39	CC	1131108805	LADEUTH LUIS	X																	230301	10	$433,334	$69,400	ESSC07	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
40	CC	1072522613	MALARIAGA CRISTIAN	X																	230301	6	$260,000	$41,600	EPS048	6	$260,000	$10,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
41	CC	1116615548	MANJARRES ALVARO	X																	230301	10	$433,334	$69,400	CCFC33	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
42	CC	1007564070	MANJARRES RICARDO	X																	230301	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
43	CC	1131107808	MARQUEZ PEDRO	X																	230301	10	$433,334	$69,400	EPS041	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
44	CC	1005708736	MENDOZA LUIS	X																	230301	9	$390,000	$62,400	EPS002	9	$390,000	$15,600	CCF41	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$390,000	$27,200	9	$0	$0	Si	$120,800
45	CC	1151188615	MIRANDA WUADITH	X																	230301	15	$650,000	$104,000	CCFC33	15	$650,000	$26,000	CCF41	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$650,000	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
46	CC	85083707	MONSALVO HEYNER	X																	231001	2	$86,667	$13,900	CCFC33	2	$86,667	$3,500	CCF41	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
47	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
48	CC	1129504510	MONTERROZA DANIEL	X																	230301	14	$606,667	$97,100	CCFC55	14	$606,667	$24,300	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0	Si	$188,000
49	CC	1072529607	MORENO GABRIEL	X																	230301	17	$736,667	$117,900	ESSC24	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
50	CC	50988098	MURILLO DIANA	X																	25-14	4	$173,334	$27,800	MIN002	4	$173,334	$7,000	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
51	CC	92229029	MURILLO PEDRO	X																	231001	10	$433,334	$69,400	EPS002	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
52	CC	1005708682	ORTEGA JULIAN	X	X																230201	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
53	CC	1067920553	OSPINO DINEY																		231001	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$60,000	CCF41	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	$104,400	30	$0	$0	Si	$464,400
54	CC	11000373	PALMERA ROMULO	X																	230301	10	$433,334	$69,400	ESSC07	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
55	CC	78030594	PALOMINO DANIEL	X																	25-14	14	$606,667	$97,100	EPS002	14	$606,667	$24,300	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0	Si	$188,000
56	CC	1005708688	PERALTA GERMAN	X																	230301	10	$433,334	$69,400	EPS037	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
57	CC	1072522158	POSSO JULIO	X																	230201	17	$736,667	$117,900	ESSC07	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
58	CC	78717284	PRADA HELIODORO	X																	230301	14	$606,667	$97,100	ESSC07	14	$606,667	$24,300	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0	Si	$188,000
59	CC	1140898636	PUERTA LUIS		X																230301	5	$216,667	$34,700	EPS041	5	$216,667	$8,700	CCF41	5	$216,667	$8,700	14-11	5	$216,667	$15,100	5	$0	$0	Si	$67,200
60	CC	1131110304	RAMOS GUSTABO	X																	230301	10	$433,334	$69,400	ESSC24	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
61	CC	18857561	RAMOS JAIRO	X																	231001	4	$173,334	$27,800	EPS041	4	$173,334	$7,000	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
62	CC	1131111481	RAMOS JUAN	X																	230301	10	$433,334	$69,400	CCFC55	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
63	CC	1131104839	RAMOS MIGUEL	X																	230301	17	$736,667	$117,900	CCFC33	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
64	CC	78034012	RAMOS OSCAR	X																	230301	14	$606,667	$97,100	EPS005	14	$606,667	$24,300	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0	Si	$188,000
65	CC	1005708714	RINCO EDER	X																	230301	6	$260,000	$41,600	CCFC33	6	$260,000	$10,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
66	CC	1193043889	RODRIGUEZ ABRAHAM	X																	230301	10	$433,334	$69,400	ESSC24	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
67	CC	1067855135	SALGADO IVAN	X																	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	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
68	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
69	CC	1003395473	SIBAJA LUISA	X																	230301	14	$606,667	$97,100	EPS002	14	$606,667	$24,300	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$606,667	$42,300	14	$0	$0	Si	$188,000
70	CC	1131106681	SIERRA CARLOS	X																	230301	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
71	CC	1131104278	SIERRA KEVIN	X																	230301	10	$433,334	$69,400	CCFC55	10	$433,334	$17,400	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0	Si	$134,400
72	CC	1007245380	SUAREZ ANI	X																	230201	17	$736,667	$117,900	CCFC33	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
73	CC	1131108265	TARRAS JESUS	X																	231001	9	$390,000	$62,400	ESSC07	9	$390,000	$15,600	CCF41	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$390,000	$27,200	9	$0	$0	Si	$120,800
74	CC	15029586	TOBAR MANUEL	X																	230301	4	$173,334	$27,800	CCFC33	4	$173,334	$7,000	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
75	CC	1131108401	URANGO OSWALDO	X																	25-14	2	$86,667	$13,900	CCFC33	2	$86,667	$3,500	CCF41	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
76	CC	8769402	VALENCIA ALDRIN	X																	230301	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
77	CC	72212811	VALENCIA JARLIN	X																	230201	17	$736,667	$117,900	EPS037	17	$736,667	$29,500	CCF41	17	$736,667	$29,500	14-11	17	$736,667	$51,300	17	$0	$0	Si	$228,200
78	CC	1131108085	VERGARA ALEXANDER	X																	230301	9	$390,000	$62,400	EPS041	9	$390,000	$15,600	CCF41	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$390,000	$27,200	9	$0	$0	Si	$120,800

79	CC	1131105153	YANEZ JESUS	X																	25-14	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
80	CC	1131107171	YENERIS TANIA																		230301	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
81	CC	1131104030	ZUÑIGA JOHAN	X																	230301	4	$173,334	$27,800	ESSC24	4	$173,334	$7,000	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$173,334	$12,100	4	$0	$0	Si	$53,900
82	CC	1131108815	ZUÑIGA TOMAS	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
Total	Afiliados(82)																						$43,543,362	$6,969,800			$44,843,362	$1,796,600			$44,843,362	$1,796,600			$44,843,362	$3,124,700		$0	$0		$13,687,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 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
2024-08	2024-09	904347858	9473035677	E	2024/09/10	2024/09/10	BANCOLOMBIA	0	$13,687,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				81	$6,969,800	$0	$0	$6,969,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	8	$753,300	$0	$0	$753,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$589,600	$0	$0	$589,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	51	$4,226,000	$0	$0	$4,226,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	14	$1,400,900	$0	$0	$1,400,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				82	$3,124,700	$0	$0	$3,124,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	82	$3,124,700	$0	$0	$3,124,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				82	$1,796,600	$0	$0	$1,796,600
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	82	$1,796,600	$0	$0	$1,796,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 12)				82	$1,796,600	$0	$0	$1,796,600
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	5	$73,100	$0	$0	$73,100
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	6	$140,700	$0	$0	$140,700
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	12	$210,100	$0	$0	$210,100
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	4	$93,700	$0	$0	$93,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$52,000	$0	$0	$52,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$3,500	$0	$0	$3,500
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	1	$7,000	$0	$0	$7,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	6	$106,000	$0	$0	$106,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	16	$425,200	$0	$0	$425,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	13	$196,400	$0	$0	$196,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	12	$248,600	$0	$0	$248,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$240,300	$0	$0	$240,300
TOTAL				82	$13,687,700	$0	$0	$13,687,700

Anexo 4. Plan de trabajo P vs E

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

SISTEMA GESTION INTEGRAL

CRONOGRAMA DE CAPACITACION SST

VERSION 1

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

ACTIVIDADES	P/E	FECHA: Periodidad en que se debe realizar la actividad	Responsable de realizar la actividad	A quien o a que va dirigida la actividad	jun-24 S1 S2 S3 S4	jul-24 S1 S2 S3 S4	ago-24 S1 S2 S3 S4	sep-24 S1 S2 S3 S4	oct-24 S1 S2 S3 S4	nov-24 S1 S2 S3 S4	dic-24 S1 S2 S3 S4	ene-25 S1 S2 S3 S4	feb-25 S1 S2 S3 S4	mar-25 S1 S2 S3 S4	abr-25 S1 S2 S3 S4	may-25 S1 S2 S3 S4	jun-25 S1 S2 S3 S4	jul-25 S1 S2 S3 S4	ago-25 S1 S2 S3 S4	sep-25 S1 S2 S3 S4	oct-25 S1 S2 S3 S4	nov-25 S1 S2 S3 S4	dic-25 S1 S2 S3 S4	ene-26 S1 S2 S3 S4	feb-26 S1 S2 S3 S4	mar-26 S1 S2 S3 S4	EJECUTADO	PROGRAMADO	CUMPLIMIENTO
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL INDUCCION- REINDUCCION - CAPACITACIONES																													
induccion en SST y MA	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E E E																					10	82	12%
Notificacion de riesgo a los que se esta expuesto en la ejecucion de las actividades.	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E E E																					10	82	12%
Perfil sociodemografico a todo el personal de obra	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E E E																					10	82	12%
Adecuado uso y cuidado de los Elementos de Protección Personal	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E																						1	1	100%
Cultura de Autocuidado	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			E																					1	1	100%
Que hacer en caso de un Accidente-líneas de emergencias	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal				E																				1	1	100%
Socialización del manual de convivencia laboral	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal				E																				1	1	100%
Estilos de vida y trabajo saludable sustancias psicoactivas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal					R																				1	0%
Higiene postural y manejo de cargas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal					R																				1	0%
Qué es el acoso laboral y medida preventivas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
Riesgos asociados al consumo de alcohol, droga y sustancias psicoactivas.	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
Agotamiento por calor - golpe de calor	G E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
Procedimiento de Herramientas electricas, manuales y pequeños implementos	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
Proteccion partes del cuerpo: manos, oidos, ojos, pies etc	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
Socialización del Plan de emergencias	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
Manejo de Extintores de incendios	P E	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencia de manejo de incendio																									1	0%
Primeros auxilios	P E	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencias de primeros auxilios																									1	0%
Socialización del procedimiento trabajo seguro alturas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
Capacitacionenquesiincidente accidenteyenfermedad laboral y la forma como se debe reportar.	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
Socializacion de fichas tecnicas de sustancias químicas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
Capacitacion del COPASST	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
Medidas de prevencion - mordedura de culebra	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
CapacitacionSeguridadvial,medidaspreventivasenlaconduccion, uso del cinturon de seguridad .	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%

Riesgo en excavaciones y sus controles	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Capacitacion Uso e importancia de los EPP y la dotaccion	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Socializacion de puntos de atencion medica en caso de accidente y entrega de medicamentos	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Importancia de la señalizacion preventiva en obra	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Capacitacionenriesgobiologico ,picaduras,mordedurasde animales	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Primeros auxilios de desmayo	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
importancia de la inspeccion de equipos contra caida - como hacerla	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
riesgo de exposicion al ruido y proteccion auditiva	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Importancia de la realizacion de las pausas activas o relajacion	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Normas de seguriad para conduccion de vehiculos y maquinaria	P E	Programada	ENCARGADO SST	conductores y operadores		1	0%
Como idetentificar actos y condiciones inseguras	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Riesgos fisicos (ruido, vibraciones)	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
manejo de maquinaria, equipos y vehiculos	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Los riesgos del exceso de confianza	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Funciones del Comité de convivencia Laboral y como hacer un comité eficaz.	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Riesgos Eléctricos	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Riesgos Eléctricos y andamios	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
TOTAL					34	283	12%
OBSERVACIONES:							

CONVENSIONES	P	ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES
	E	ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES
	R	ACTIVIDADES REPROGRAMADAS EN EL MES
	NA	ACTIVIDADES QUE NO APLICAN EN EL MES

FIRMA ESPECIALISTA:		FIRMA REP. LEGAL:	
NOMBRE	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	NOMBRE	Nayalibe Eljach Manjarrez
CARGO	[illegible]	CARGO	[illegible]
FECHA	[illegible]	FECHA	[illegible]

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PLAN DE TRABAJO ANUAL	VERSIÓN: 01
		CODIGO: SST-P02
		FECHA: 02 de Julio de 2024

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD A DESARROLLAR		CRONOGRAMA												RESPONSABLE	RECURSOS	OBSERVACIONES
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
				Cuando se cumpla se marca con 1, en **P si es (Planeado) o con** 1 si es **(Ejecutado)**														
PLANEAR	Identificar, evaluar y controlar los peligros y riesgos existentes en el trabajo y enfermedad laboral por la exposición de los trabajadores a factores de riesgo, asociados con las actividades desarrolladas por EL CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Asignar una persona que cumpla con el siguiente perfil: El diseño e implementación del Sistema de Gestión de SST podrá ser realizado por profesionales en SST, profesionales con posgrado en SST, que cuenten con licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo vigente y el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas.	P*						P*							Representante legal	Financieros	
			E*						1									
		seguimiento al pago de seguridad social de personal directo y subcontratatado mensual	P*						P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	Representante legal	Financieros	
			E*						1	1	1	1						
		Elaborar presupuesto y designar los recursos para el diseño y mantenimeinto del SG-SST.	P*						P*							Representante legal	Financieros	
			E*						1									
		Acondicionamiento de señalización, equipos de emergencias, almacen, disponibilidad elementos de bioseguridad,acondicionamiento y reposición elementos de bioseguridad, punto ecologico, publicacion poliitcas, reglamentos (interno de trabajo y higiene y seguridad industrial),	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Conformar y garantizar el funcionamiento del Comité de convivencia laboral	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		actas de reunion del CCL	P*									P*		P*		profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Capacitar Al CCL para el cumplimiento efectivo de las responsabilidades que les asigna la ley.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Conformar y garantizar el funcionamiento del Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Actas de reunion del COPASST	P*									P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Capacitar Al Vigía SST o COPASST para el cumplimiento efectivo de las responsabilidades que les asigna la ley.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Elaborar y ejecutar el programa de capacitación en promoción y prevención, referente a los peligros/riesgos prioritarios	P*							P*						Representante legal	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Realizar actividades de inducción en seguridad y saldud en el trabajo al personal	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Establecer por escrito una política de Seguridad y Salud en el Trabajo que cuente con los numerales establecidos en el Decreto 1072 de 2015	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Definir los objetivos del Sistema de Gestión de SST de conformidad con la política de SST	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Realizar la evaluación inicial del Sistema de Gestión de SST, identificando las prioridades para establecer el plan de trabajo anual o para la actualización del existente.	P*						P*							profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*						1									
		Diseñar y definir un plan anual de trabajo para el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST	P*						P*							profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*						1									
		Contar con procedimiento en el que se defina el sistema de archivo y retención documental	P*										P*			profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Realizar anualmente la Rendición de Cuentas del desarrollo del Sistema de Gestión de SST	P*												P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Definir la matriz legal que contemple las normas actualizadas del Sistema General de Riesgos Laborales aplicables a la empresa.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*									1						
		Disponer de mecanismos eficaces para recibir y responder las comunicaciones internas y externas relativas a la Seguridad y Salud	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Establecer un procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en SST de las compras y adquisición de productos y servicios.	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								

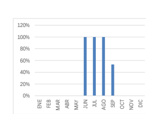
Fase	Objetivo	Actividad		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Responsable	Recursos	Observaciones
	Diseñar e Implementar el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo conforme a los requisitos de la resolución 0312 de 2019 con el fin de prevenir la ocurrencia de ac	Establecer los aspectos de SST que podrá tener en cuenta la empresa en la evaluación y selección de proveedores y contratistas.	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
HACER		Seguimiento al cumplimiento restricciones médico - laborales (según el número de recomendaciones que lleguen a los trabajadores)	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*									1						
		Tener la custodia de las historias clínicas a cargo de una institución prestadora de servicios en SST o del médico que practica las evaluaciones médicas ocupacionales.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*									1						
		Realizar inspecciones que incluya locativas, epp, equipos, herramientas, sistema de proteccion contra caidas, emergencias, orden y aseo, observacion de comportamiento, ambientales; de acuerdo al cronograma de inspecciones	P*						P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*						1	1	1	1						
		Elaborar y ejecutar un programa para promover entre los trabajadores, estilos de vida y entornos de trabajo saludable.	P*										P*			profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Definir y aplicar una metodología para la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos de origen físico, ergonómico o biomecánico, biológico, químico, de seguridad, público, psicosocial, entre otro	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Realizar la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos con participación de los trabajadores.	P*								P*					profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*								1							
		Ejecutar las medidas de prevención y control con base en el resultado de la identificación de peligros, la evaluación y valoración de los riesgos	P*										P*			profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Elaborar procedimientos, instructivos y fichas técnicas de seguridad y salud en el trabajo cuando se requiera y entregarlos a los trabajadores	P*										P*			profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Realización del inventario y/o actualizacióndе los equipos, herramientas maquinas , señalizacion asignadas al proyecto							P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
									1	1	1	1						
		Reportar e investigar los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo, según corresponda, en caso de presentarse	P*								P*					profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*								1							
		Realizar medición de indicadores Accidentalidad Morbilidad Severidad Ausentismo	P*						P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1	1	1	1						
		Establecer controles de los peligros identificados.	P*						P*		P*		P*		P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1		1							
		Elaborar formatos para el registro de inspecciones. (Orden y Aseo, Botiquín, extintor)	P*						P*							profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1									
		Reporte para los trabajadores para realizar actividad de altura	P*										P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*															
		Continuar con la Entrega de Elementos de Protección personal y revisión del uso de los mismos	P*						P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	Vigía ocupacional	Humanos (disponibilidad de personal)	
			E*						1	1	1	1						
		Elaborar un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias que identifique las amenazas, evalúe y analice la vulnerabilidad.	P*						P*							profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1									
		Conformar, capacitar y dotar la brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias (primeros auxilios, contra incendios, evacuación, etc.), según las necesidades y el tamaño de la empresa.	P*									P*				profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*															
VERIFICAR		Revisar como mínimo una (1) vez al año, por parte de la alta dirección.	P*												P*	Representante legal	Financieros	
			E*															
		Medir indicadoresdefinidos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	P*												P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*															
ACTUAR		Realizar seguimiento a las acciones correctivas y preventivas	P*										P*			Administradora /profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*															
TOTAL PROGRAMADO				0	0	0	0	0	12	14	8	15	13	8	10			
TOTAL EJECUTADO				0	0	0	0	0	12	14	8	8	0	0	0			

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
FORMULA	Actividades ejecutadas *100 / Actividades programadas	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	0	0	0	0	0	12	14	8	15	13	8	10	80
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0	12	14	8	8	0	0	0	42
		RESULTADO						100%	100%	100%	53%	0%	0%	0%	53%
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

GRAFICA



NAYALIBE ELJACH MANJARREZ		LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	
Nombre	Firma	Nombre	Firma
Representante Legal		PROF SST	

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	Kevin Fuentes Julio.				
Nº de Identificación	1072529244.				
Cargo	Ayudante		Fecha	02/08/2024.	
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) x Kevin Fuentes Julio

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Juan David Correa Hernández			
Nº de Identificación	1192777765.			
Cargo	Ayudante	Fecha	26/08/2024.	
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny Garay
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Juan Correa

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Luis Eduardo Sepúlveda aguas.			
Nº de Identificación	1131109665.			
Cargo	Ayudante		Fecha	26/08/2024
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny Saray
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Luis Sepulveda

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Pedro Miguel Fernandez Benavides			
Nº de Identificación	73432693			
Cargo	Oficial		Fecha	20/09/2024
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR)

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Leonardo Fabio Rivera Garrido.			
Nº de Identificación	15620960.			
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.	
☑ 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. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny Garay
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) _____

OBSERVACION:
Leonardo Fabio Rivera 15620960

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Jean Carlos Cardenas Borrego.			
Nº de Identificación	100 724 5363			
Cargo	obrero		Fecha	29/08/24.
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny Clarry.
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X Jean.C

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Daniel Monterroza			
Nº de Identificación	1129852451 S10			
Cargo	obrero		Fecha	12/07/24
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny G.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) E. Daniel Monterroza

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Pedro Marquez Peregrino			
Nº de Identificación	1131107808.			
Cargo	Ayudante		Fecha	16/09/2024
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny G
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Gray
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Pedro Marquez

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Fader Elias Vargas Ladeus			
Nº de Identificación	1003655340			
Cargo	Ayudante		Fecha	10/09/2024
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.	
II. INDUCCIÒN 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	_____ Nombre del Coordinador o auxiliar SST
☐ 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	_____ Firma
☐ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☐ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☐ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Fader Vargas

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Luis Enrique Ladeus Suarez.			
Nº de Identificación	1131108 05.			
Cargo	Ayudante		Fecha	09/04/2024.
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay
Firma

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	William De Agustin Hernandez			
Nº de Identificación	1067405956			
Cargo	Ayudante		Fecha	09/09/2024.
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

_____
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

_____
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) William

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	William De Agustin Hernandez			
Nº de Identificación	1067405985			
Cargo	Ayudante		Fecha	09/09/2024.
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.	
II. INDUCCIÒN 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	_____ Nombre del Coordinador o auxiliar SST
☐ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☐ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	_____ Firma
☐ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) William

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Diego Alejandro Barrera Uparela.			
Nº de Identificación	1572576 2.			
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.	
☑ 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. INDUCCIÒN 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?: _____	Stephanny Nombre del Coordinador o auxiliar SST
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	Stephanny Garay Firma
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Diego B

OBSERVACION: Ninguna

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Ever Antonio Fuentes Bracia.			
Nº de Identificación	92539319			
Cargo	Oficial		Fecha	08/08/2024
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.	
II. INDUCCIÒN 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	

Stephanny G
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X Ever Fuentes A.

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Jaider José chamorro			
Nº de Identificación	9126403 10			
Cargo	Ayudante		Fecha	13/08/2024
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.	
II. INDUCCIÒN 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	Stephanny Nombre del Coordinador o auxiliar SST
☐ 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?:	Stephanny Garay Firma
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X Jaider

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Victor José Cruz Paternina.			
Nº de Identificación	92517051			
Cargo	Residente		Fecha	09/09/2024
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.	
II. INDUCCIÒN 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?: _____	Nombre del Coordinador o auxiliar SST
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	Firma
☑ **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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Julian Barrios Cortina			
Nº de Identificación	92230393			
Cargo	Auxiliante		Fecha	20 Sept 24
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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny G.
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Julian Barrios

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Alvaro Magallanes Ordio.			
Nº de Identificación	1116615548			
Cargo	Bodeguero		Fecha	20/Sept/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.	
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?: _____	Stephanny Nombre del Coordinador o auxiliar SST
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	Stephanny G. Firma
☐ **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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Pedro Ortega Hernandez			
Nº de Identificación	1131105089			
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.	
☑ 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. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny G
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Pedro Ortega

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Carlos Mario Sierra Bello.			
Nº de Identificación	1131106681			
Cargo			Fecha	20 Sept 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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny G
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny G.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) x

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	HOVER Herrera Tirado			
Nº de Identificación	78 704837.			
Cargo	Plomero.		Fecha	20/Sep/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.	
II. INDUCCIÒN 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**	

Stephanny G
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny G.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) _____

OBSERVACION: