ANEXO FOTOGRÁFICO



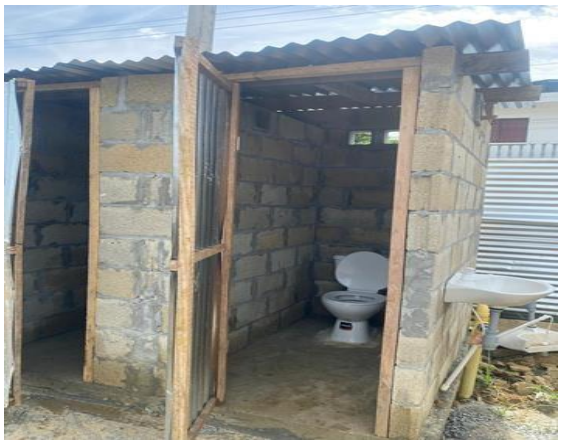






INSTALACION DEL CAMPAMENTO EN FRENTE DE OBRAS.









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 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.













SENALIZACION 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 OCTUBRE 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 octubre no se transportó material con residuos de construcción y demolición (RCD) para donación, hasta la fecha se han solicitado las volquetas para la carga y descarga de este material, pero solo en frente de obras, este material se está utilizando en obras para relleno, 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 octubre del 2024:

Tipo de vehículo Capacidad	Placa	Licencia de transito N.º	Revisión técnica mecánica N. ª	SOAT N.º póliza
VOLQUETA CHEVROLET 7M3	KBJ770	10027717824	171881773	4308004702345000
VOLQUETA FORD 7M3	ZCA980	10021093047	164915635	14289404657810
VOLQUETA DODGE 7M3	PBJ 793	PBJ793	172167564	2108004056362000
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 MEZCLADOR	WCU317	10016477714	175726514	2108004063120000
CAMION MEZCLADOR	TRL948	10024092925	172517786	2108004058483000
BOMBA DE CONCRETO	WPV076	10013986472	173966799	2108004060045000
CAMION MEZCLAR	WHP101	10014959558	175527484	2108004066093000
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 octubre 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	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 OCTUBRE 2024

CONTROL		MITIGACION		MINIMIZAR	
PREVENCION		CORRECCION			

IMPACTOS A CONTROLAR

- Erosión de rondas hídricas
- 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 OCTUBRE 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 octubre del 2024 se almacenaron aceites usados en frente de obra.
- El almacenamiento de los residuos líquidos combustibles dentro de la obra está 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 octubre 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 octubre 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° 5	
Programa: MANEJO DEL SUELO	
Subprograma 1. Manejo y disposición de materiales sobrantes RCD	FICHA: PMA – AC - 04
Objetivo	
o Brindar los lineamientos a seguir para el adecuado manejo de los materiales sobrantes durante las obras civiles. o Realizar la disposición de materiales sobrantes de acuerdo a la normatividad ambiental. o 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 OCTUBRE 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 octubre se ha hecho cargue y descargue de material RCD en obra, 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 octubre 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

En frente de obras en el mes de octubre se realiza relleno con el material sobrante que resulta de las actividades de excavación, no se realizó donación de este material durante este mes, debido a que se está utilizando para relleno en el frente de obras.

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 OCTUBRE 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 está 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 octubre 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















CAMIÓN MEZCLADOR WOV872
CAPACIDAD: 20000KG/PSJ,
LICENCIA DE TRANSITO N.º 10032649790
REVISIÓN TÉCNICO-MECANICO N.º170028453
N.º POLIZA SOAT: 2108004062063000



CAMIÓN MEZCLADOR WNV995
CAPACIDAD: 2519KG/PSJ,
LICENCIA DE TRANSITO N.º 10016477714
REVISIÓN TÉCNICO-MECANICO N.º 175726514
N.º POLIZA SOAT: 2108004063120000

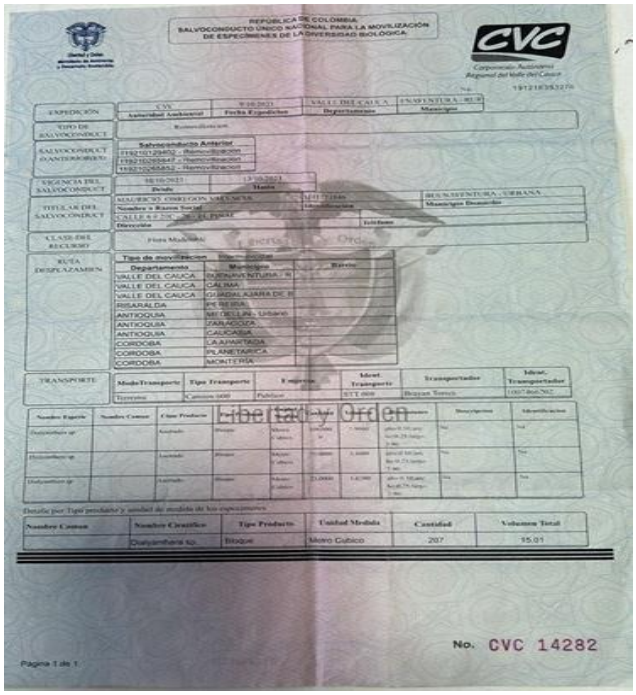


CAMIÓN MEZCLADOR TRL948
CAPACIDAD: 18000KG/PSJ,
LICENCIA DE TRANSITO Nº 10024092925
REVISIÓN TÉCNICO-MECANICO Nº 172517786
Nº POLIZA SOAT : 2108004058483000



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

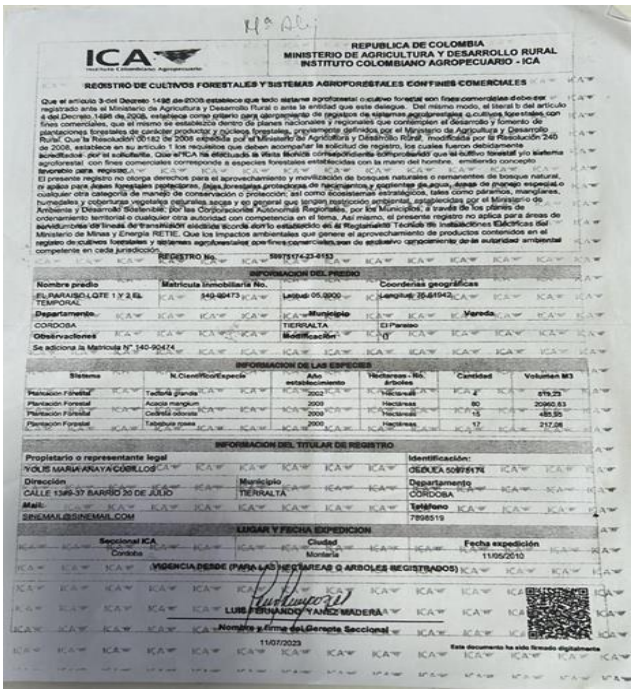


REPUBLICA DE COLOMBIA
SALVOCONDUCTO UNICO NACIONAL PARA LA MOVILIZACIÓN DE ESPECIMENES DE LA DIVERSIDAD BIOLOGICA

CVC

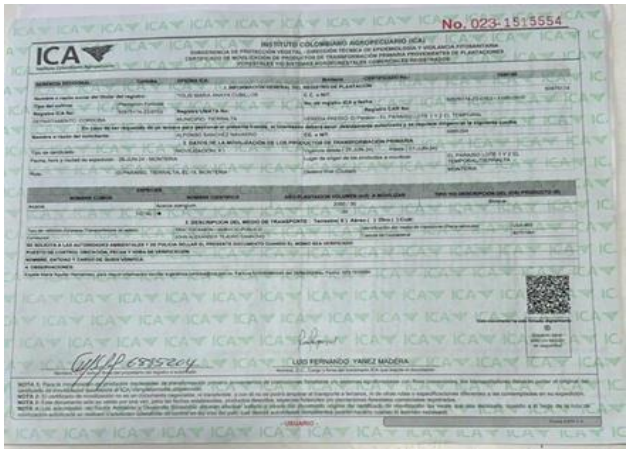
Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca

No. CVC 14282



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

REGISTRO DE CULTIVOS FORESTALES Y SISTEMAS AGROFORESTALES CONFINES COMERCIALES



No. 023-1513554

INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO (ICA)



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%	$RCV = \left(\frac{\text{Volumen de material de cobertura vegetal dispuesto adecuadamente y/o reutilizado}}{\text{Volumen total de material de cobertura vegetal}} \right) X\ 100$
RD = Remoción de descapote Valor aceptable: 100%	$RD = \left(\frac{\text{Volumen de material de descapote dispuesto adecuadamente y/o reutilizado}}{\text{Volumen total de material de descapote}} \right) X\ 100$ El volumen total de descapote se presentará en el próximo informe debido a que no se ha culminado con la actividad.

Responsables	Registros / Evidencias
- Supervisor para la ejecución de la obra - Contratista encargado de la ejecución de la obra - Interventoría de obras y ambiental	- Informe de interventoría técnica y ambiental - Registro fotográfico - Licencias y/o permisos ambientales de proveedores de materiales - 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 OCTUBRE 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.
  En el mes de octubre sale la resolución por parte de la corporación autónoma regional de sucre CARSUCRE para intervenir 4 árboles que están en frente de obra: 1 abeto, 2 campanos y 1 carbonero, 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 octubre 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

FORMATO DE APROVECHAMIENTO FORESTAL POR PARTE DE CARSUCRE BAJO RESOLUCION N°1786 DE 29 DIC. 2022

CARSUCRE — COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Ambiente

FORMATO DE AUTORIZACION PARA APROVECHAMIENTO FORESTAL ESPECIAL BAJO EL ESQUEMA DE LA RESOLUCION N° 1786 DE 29 DE DICIEMBRE DE 2022 SUBDIRECCION DE ASUNTOS MARINOS Y COSTEROS.

FECHA: 17/10/2024 — FORMULARIO N°: 005

1) Información general

Nombre peticionario: CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

Identificación (NIT): 901.811.441-3

Representante legal: CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

Identificación (C.C): 1.067.943.743

Teléfono: 3002737187

Correo electrónico: consorciocmohospitalsucre@gmail.com

Dirección de correspondencia: Calle 42 # 7 – 40 LC 1 Montería

Dirección del predio: Sector Guayabal

Municipio: Coveñas

Queja __ Oficio: X N° 4600 Fecha: 17 de julio de 2024

2) Datos vecindad

2.1) Nombres y apellidos: NO REGISTRA

Identificación (C.c. C.e.): NO REGISTRA

Teléfono: NO REGISTRA

Celular: NO REGISTRA

De acuerdo: SI __ NO __

3) Componente biológico

Ubicación del individuo: Espacio público: __ Espacio privado: X

Coordenadas Origen Único Nacional (MAGNA- SIRGAS BGT):

Árbol UNO (01): LN: 2597124.255 LW: 4705722.499
Árbol UNO (01) Nombre científico especie: *Samanea saman* **Nombre común:** Campano

Árbol DOS (02): LN: 2597130.494 LW: 4705710.299
Árbol DOS (02) Nombre científico especie: *Samanea saman* **Nombre común:** Campano

Árbol TRES (03): LN: 2597124.628 LW: 4705673.631
Árbol TRES (03) nombre científico especie: *Senna siamea* **Nombre común:** Abeto

Árbol CUATRO (04): LN: 2597198.149 LW: 4705704.712
Árbol CUATRO (04) Nombre científico especie: *Pithecellobium dulce* **Nombre común:** Chimango

4) Medidas dasométricas:

CARSUCRE — COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Ambiente

Árbol UNO (01) DAP: 0.53 m **Altura total:** 12.5 m

Árbol DOS (02) DAP: 0.48 m **Altura total:** 9.5 m

Árbol TRES (03) DAP: 0.25 m **Altura total:** 6.6 m

Árbol CUATRO (04) DAP: 0.46 m **Altura total:** 7.6 m

Descripción estado fitosanitario:

Zona(s) afectada (s): Árboles en estado fitosanitario REGULAR, que interfiere con la construcción del Hospital nuevo del municipio de Coveñas por parte del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

Tipo de afectación: Los arboles interfieren con el desarrollo de la obra pública "construcción del nuevo hospital del Municipio de Coveñas.

Grado de afectación: Alto

Riesgos: Los individuos arbóreos se encuentran en el predio donde se construirá el nuevo hospital del Municipio de Coveñas, interfiriendo con las obras a desarrollar, debido a que se encuentran ubicados donde se desarrollaran actividades constructivas de la infraestructura propia del proyecto.

Observaciones: En atención al a los oficios No.4600 del 17 de julio del 2024 y No. 6451 del 11 de septiembre de 2024, se realizó la visita técnica para evaluar y conceptuar sobre la viabilidad de obtener permiso de aprovechamiento forestal en compañía de la señora Tania Dayana Venera Padilla, en calidad de Ingeniera Ambiental y Sanitaria del Consorcio CMO Hospital Sucre, al lugar ubicado en sector Guayabal, Municipio de Coveñas, donde se evidencio que los individuos arbóreos se encuentren en pie, correspondiendo a cuatro (4) arboles de especie Samanea saman (2), pithecellobium dulce (1) y Senna siamea (1), los cuales se encuentran debidamente marcados con su respectivo código, los individuos arbóreos se encuentran en el área donde se desarrollaran actividades constructivas, propias del desarrollo del proyecto. Durante la visita se corroboro que no hay presencia de epifitas en los individuos arbóreos objeto de aprovechamiento forestal. Por lo anterior descrito, se considera **VIABLE** autorizar el **APROVECHAMIENTO FORESTAL AISLADO** de la especie en mención.

Fauna asociada: SI __ NO X
Nombre especie: NO REGISTRA **Nombre Común:** NO REGISTRA
Observaciones: No se evidenciaron especies de fauna asociadas a los árboles a aprovechar.

5)COMPONENTE JURÍDICO:

5.1) Estado de veda (Resolución 0617 de 2015 CARSUCRE): SI___ NO X
Tipo de condición del árbol (Artículo 2.2.1.1.3.1, Decreto 1532 de 29 de agosto de 2019, Resolución 1786 de 2022):
Artículo 2.2.1.1.9.1: Solicitudes prioritarias. Cuando se quiera aprovechar árboles aislados de bosque natural ubicado en terrenos de dominio público o en predios de propiedad privada que se encuentren caídos o muertos por causas naturales, o que por razones de orden sanitario debidamente comprobados requieren ser talados, se solicitarán permiso o autorización ante la Corporación respectiva, la cual dará trámite prioritario a la solicitud **NO APLICA**
Artículo 2.2.1.1.9.3. Tala de emergencia. Cuando se requiera talar o podar árboles aislados localizados en centros urbanos que por razones de su ubicación, estado sanitario o daños mecánicos estén causando perjuicio a la estabilidad de los suelos, a canales de aguas, andenes, calles, obras de infraestructura o edificaciones, se solicitará por escrito autorización, a la autoridad competente, la cual tramitará la solicitud de inmediato, previa visita realizada por un funcionario competente técnicamente la necesidad de talar árboles. **NO APLICA**
Artículo 2.2.1.1.9.4. Tala o reubicación por obra pública o privada. Cuando se requiera talar, trasplantar o reubicar árboles aislados localizados en centros urbanos, para la realización, remodelación o ampliación de obras públicas o privadas de infraestructura, construcciones, instalaciones y similares, se solicitará autorización ante la Corporación respectiva, ante las autoridades ambientales de los grandes centros urbanos o ante las autoridades municipales, según el caso, las cuales

CARSUCRE — COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Ambiente

tramitarán la solicitud, previa visita realizada por un funcionario competente, quien verificará la necesidad de tala o reubicación aducida por el interesado, para lo cual emitirá concepto técnico. La autoridad competente podrá autorizar dichas actividades, consagrando la obligación de reponer las especies que se autoriza talar. Igualmente, señalará las condiciones de la reubicación o trasplante cuando sea factible. **NO APLICA**

El Decreto 1532 del 29 de agosto de 2019, incluyó las definiciones de:

Árboles aislados dentro de la cobertura de bosque natural. Son los árboles ubicados en terrenos de dominio público o en predios de propiedad privada que se encuentren caídos o muertos por causas naturales, o que, por razones de orden fitosanitario debidamente comprobadas, requieran ser talados. **NO APLICA**

Árboles aislados fuera de la cobertura de bosque natural. Son los individuos que resulten de regeneración natural, árboles plantados o establecidos y que no son parte de una cobertura de bosque natural o cultivo forestal con fines comerciales. **SI APLICA** ✓

6) Concepto técnico:

De acuerdo a lo observado en campo y el diagnostico generado por el profesional adscrito a la subdirección de Asuntos marinos y costeros de la Corporación Autónoma de Sucre (CARSUCRE), se considera que los árboles:

NOMBRE CIENTIFICO	NOMBRE COMUN	VEDA (SI/NO)	TIPO DE MADERA (ESPECIAL, MUY ESPECIAL, ORDINARIA)	TRATAMIENTO	REPOSICIÓN
Samanea saman	**Campano**	No	Muy especial	Aprovechamiento forestal	Lo propuesto en el plan de compensación
Samanea saman	**Campano**	No	Muy especial	Aprovechamiento forestal	Lo propuesto en el plan de compensación
Senna siamea	**Abeto**	No	Ordinaria	Aprovechamiento forestal	Lo propuesto en el plan de compensación
Pithecellobium dulce	**Chimango**	No	Ordinaria	Aprovechamiento forestal	Lo propuesto en el plan de compensación

7) RESUELVE:

PRIMERO: Se considera **viable** autorizar al **CONSORCIO CMO HOSPITAL DE SUCRE,** identificados con Nit: 901.811.441-3, representados legalmente por la señora **NAYALIBE ELJACH MANJARREZ** identificada con cedula de ciudadanía **N° 1.067.943.743** de Montería, el aprovechamiento Forestal de Arboles Aislados a de **CUATRO** (4) árboles, discriminados de la siguiente forma:

CODIGO	ESPECIE	NOMBRE COMUN	GEORREFERENCIACIÓN		VOLUMEN (m^3)
C13	*Samanea saman*	Campano	2597124.255	4705722.459	4.95
C14	*Samanea saman*	Campano	2597130.494	4705710.299	4.95
P16	*Senna siamea*	Abeto	2597124.628	4705673.631	1,23
O15	*Pithecellobium dulce*	Cimango	2597198.149	4705704.712	9,96

CARSUCRE — COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Ambiente

SEGUNDO: El **CONSORCIO CMO HOSPITAL DE SUCRE,** identificados con Nit. 901.811.441-3, representados legalmente por la señora **NAYALIBE ELJACH MANJARREZ** identificada con cedula de ciudadanía **N° 1.067.943.743** de Montería para el presente aprovechamiento deberá dar cumplimiento a las siguientes medidas:

- El autorizado deberá anunciar a CARSUCRE la fecha de inicio de sus actividades de aprovechamiento forestal de árboles aislados.
- No exceder la cantidad de **CUATRO** (4) árboles, únicamente de las especies autorizadas en mención.
- Capacitar al personal que va a ejecutar las labores de aprovechamiento para que las realice con un criterio técnico y ambiental.
- El aprovechamiento forestal debe evitar accidentes a los operarios o que la caída de las ramas arrastre innecesariamente a otros árboles vecinos o caigan encima de personas.
- La fauna del área no será aprovechada de ninguna manera por el personal asignado para ejecutar las labores.
- En el caso de las aves, se obliga a reubicar los nidos y polluelos que se encuentren en árboles o entregarlos a CARSUCRE.

El aprovechamiento forestal deberá ser realizado bajo las metodologías y criterios técnicos definidos en el Estudio técnico aportado por el peticionario.

TERCERO: El aprovechamiento forestal de Arboles Aislados, se otorgará por un término de **TREINTA DIAS** (30), contados a partir de la fecha de notificación de la Resolución por medio de la cual se autoriza el respectivo aprovechamiento forestal.

CUARTO: CARSUCRE no se hace responsable de los daños causados a terceros durante el proceso de aprovechamiento forestal.

QUINTO: El autorizado en ningún momento podrá incinerar los productos resultantes de la actividad de aprovechamiento forestal, deberá recoger todos los residuos provenientes de dicha actividad.

SEXTO: El autorizado deberá presentar un informe final de aprovechamiento forestal a la Corporación Autónoma Regional de Sucre – CARSUCRE.

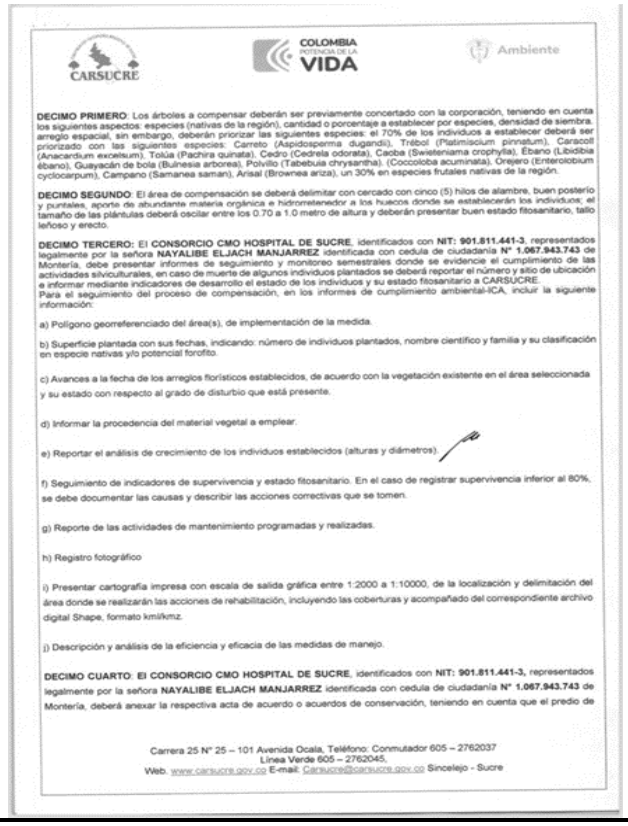
SEPTIMO: El autorizado deberá cumplir con las disposiciones contempladas en la ley 99 de 1993, el Decreto 1076 de 2015 y en todas aquellas que se dicten en materia de protección de manejo y aprovechamiento de los recursos naturales y del Medio Ambiente.

OCTAVO: Se considera **viable** el plan de compensación propuesto por **CONSORCIO CMO HOSPITAL DE SUCRE,** identificados con Nit: **901.811.441-3**, representados legalmente por la señora **NAYALIBE ELJACH MANJARREZ** identificada con cedula de ciudadanía **N° 1.067.943.743** de Montería.

NOVENO: El **CONSORCIO CMO HOSPITAL DE SUCRE,** identificados con **Nit: 901.811.441-3**, representados legalmente por la señora **NAYALIBE ELJACH MANJARREZ** identificada con cedula de ciudadanía **N° 1.067.943.743** de Montería.

DECIMO: Se considera técnicamente **VIABLE ACEPTAR** el área propuesta para la compensación, georreferenciada bajo las siguientes coordenadas:

COORDENADAS GEOGRAFICAS		COORDENADAS ORIGEN UNICO NACIONAL	
N	W	N	E
09°23'38,56"	75°41'59,68"	2597191.671	4703584.165
09°23'37,45"	75°42'0,35"	2597157.716	4703563.455
09°23'38,76"	75°42'2,13"	2597198.393	4703509.443
09°23'39,65"	75°42'1,15"	2597225.513	4703539.561



CARSUCRE — COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Ambiente

DECIMO PRIMERO: Los árboles a compensar deberán ser previamente concertado con la corporación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: especies (nativas de la región), cantidad o porcentaje a establecer por especies, densidad de siembra, arreglo espacial, sin embargo, deberán priorizar las siguientes especies: el 70% de los individuos a establecer deberá ser priorizado con las siguientes especies: Carreto (Aspidosperma dugandii), Trébol (Platimiscium pinnatum), Caracolí (Anacardium excelsum), Tolúa (Pachira quinata), Cedro (Cedrela odorata), Caoba (Swieteniama crophylla), Ébano (Libidibia ébano), Guayacán de bola (Bulnesia arborea), Polvillo (Tabebuia chrysantha), (Coccoloba acuminata), Orejero (Enterolobium cyclocarpum), Campano (Samanea saman), Arisal (Brownea ariza), un 30% en especies frutales nativas de la región.

DECIMO SEGUNDO: El área de compensación se deberá delimitar con cercado con cinco (5) hilos de alambre, buen posterío y puntales, aporte de abundante materia orgánica e hidrometenedor a los hueco donde se establecerán los individuos; el tamaño de las plántulas deberá oscilar entre los 0.70 a 1.0 metro de altura y deberán presentar buen estado fitosanitario, tallo leñoso y erecto.

DECIMO TERCERO: El **CONSORCIO CMO HOSPITAL DE SUCRE**, identificados con **NIT: 901.811.441-3**, representados legalmente por la señora **NAYALIBE ELJACH MANJARREZ** identificada con cedula de ciudadanía **N° 1.067.943.743** de Montería, debe presentar informes de seguimiento y monitoreo semestrales donde se evidencie el cumplimiento de las actividades silviculturales, en caso de muerte de algunos individuos plantados se deberá reportar el número y sitio de ubicación e informar mediante indicadores de desarrollo el estado de los individuos y su estado fitosanitario a CARSUCRE.
Para el seguimiento del proceso de compensación, en los informes de cumplimiento ambiental-ICA, incluir la siguiente información:

a) Polígono georreferenciado del área(s), de implementación de la medida.

b) Superficie plantada con sus fechas, indicando: número de individuos plantados, nombre científico y familia y su clasificación en especie nativas y/o potencial forofito.

c) Avances a la fecha de los arreglos florísticos establecidos, de acuerdo con la vegetación existente en el área seleccionada y su estado con respecto al grado de disturbio que está presente.

d) Informar la procedencia del material vegetal a emplear.

e) Reportar el análisis de crecimiento de los individuos establecidos (alturas y diámetros).

f) Seguimiento de indicadores de supervivencia y estado fitosanitario. En el caso de registrar supervivencia inferior al 80%, se debe documentar las causas y describir las acciones correctivas que se tomen.

g) Reporte de las actividades de mantenimiento programadas y realizadas.

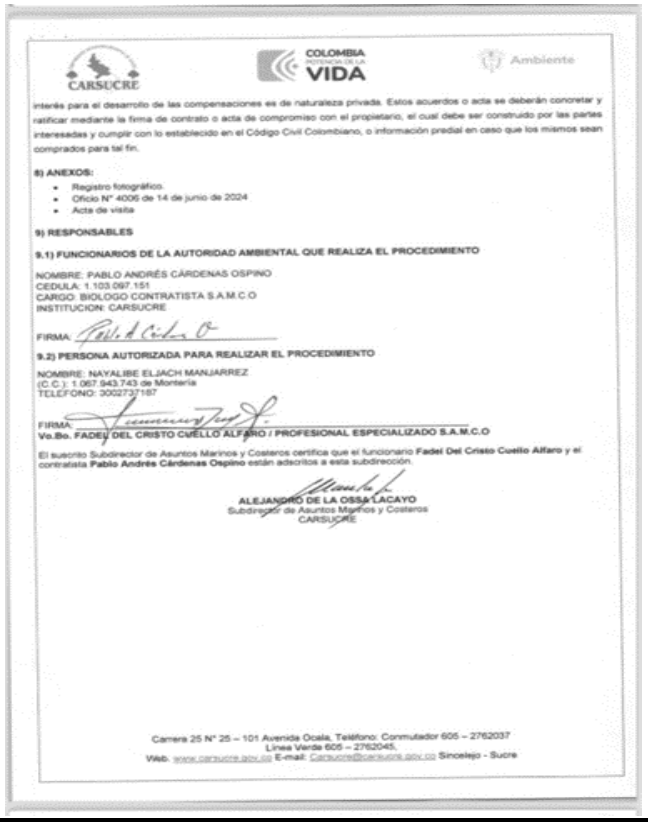
h) Registro fotográfico

i) Presentar cartografía impresa con escala de salida gráfica entre 1:2000 a 1:10000, de la localización y delimitación del área donde se realizarán las acciones de rehabilitación, incluyendo las coberturas y acompañado del correspondiente archivo digital Shape, formato kml/kmz.

j) Descripción y análisis de la eficiencia y eficacia de las medidas de manejo.

DECIMO CUARTO: **El CONSORCIO CMO HOSPITAL DE SUCRE**, identificados con **NIT: 901.811.441-3,** representados legalmente por la señora **NAYALIBE ELJACH MANJARREZ** identificada con cedula de ciudadanía **N° 1.067.943.743** de Montería, deberá anexar la respectiva acta de acuerdo o acuerdos de conservación, teniendo en cuenta que el predio de

Carrera 25 N° 25 – 101 Avenida Ocala, Teléfono: Conmutador 605 – 2762037
Línea Verde 605 – 2762045,
Web. www.carsucre.gov.co E-mail: Carsucre@carsucre.gov.co Sincelejo - Sucre



CARSUCRE — COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA — Ambiente

interés para el desarrollo de las compensaciones es de naturaleza privada. Estos acuerdos o acta se deberán concretar y ratificar mediante la firma de contrato o acta de compromiso con el propietario, el cual debe ser construido por las partes interesadas y cumplir con lo establecido en el Código Civil Colombiano, o información predial en caso que los mismos sean comprados para tal fin.

8) ANEXOS:

- Registro fotográfico.
- Oficio N° 4006 de 14 de junio de 2024
- Acta de visita

9) RESPONSABLES

9.1) FUNCIONARIOS DE LA AUTORIDAD AMBIENTAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO

NOMBRE: PABLO ANDRÉS CÁRDENAS OSPINO
CEDULA: 1.103.097.151
CARGO: BIOLOGO CONTRATISTA S.A.M.C.O
INSTITUCION: CARSUCRE

FIRMA:

9.2) PERSONA AUTORIZADA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

NOMBRE: NAYALIBE ELJACH MANJARREZ
(C.C.): 1.067.943.743 de Montería
TELEFONO: 3002737187

FIRMA:

Vo.Bo. FADEL DEL CRISTO CUELLO ALFARO / PROFESIONAL ESPECIALIZADO S.A.M.C.O

El suscrito Subdirector de Asuntos Marinos y Costeros certifica que el funcionario **Fadel Del Cristo Cuello Alfaro** y el contratista **Pablo Andrés Cárdenas Ospino** están adscritos a esta subdirección.

ALEJANDRO DE LA OSSA LACAYO
Subdirector de Asuntos Marinos y Costeros
CARSUCRE

Carrera 25 N° 25 – 101 Avenida Ocala, Teléfono: Conmutador 605 – 2762037
Línea Verde 605 – 2762045,
Web. www.carsucre.gov.co E-mail: Carsucre@carsucre.gov.co Sincelejo - Sucre

ANEXO FOTOGRAFICO

Retiro árbol carbonero, altura 6.60m, DAP 0.25m. luego del retiro se dispuso de un punto de acopio para el material de descapote que será trasladado hacia la empresa de aseo de Sincelejo interaseo después de terminar por completo la actividad del retiro de todos los árboles.













Retiro 1 árbol campano, altura 9.55m, DAP 0.48m. luego del retiro se dispuso de un punto de acopio para el material de descapote que será trasladado hacia la empresa de aseo de Sincelejo interaseo después de terminar por completo la actividad del retiro de los 4 árboles, los trocos del árbol serán reutilizados en obras para madera que sirvan como material de construcción. Durante este mes y parte del próximo mes continuamos con las actividades de retiro de este árbol.













Retiro 1 árbol campano, altura 12.50m, DAP 0.53m. luego del retiro se dispuso de un punto de acopio para el material de descapote que será trasladado hacia la empresa de aseo de Sincelejo interaseo después de terminar por completo la actividad del retiro de los 4 árboles, los trocos del árbol serán reutilizados en obras para madera que sirvan como material de construcción. Durante este mes y parte del próximo mes continuamos con las actividades de retiro de este árbol.













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 OCTUBRE 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 OCTUBRE 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.

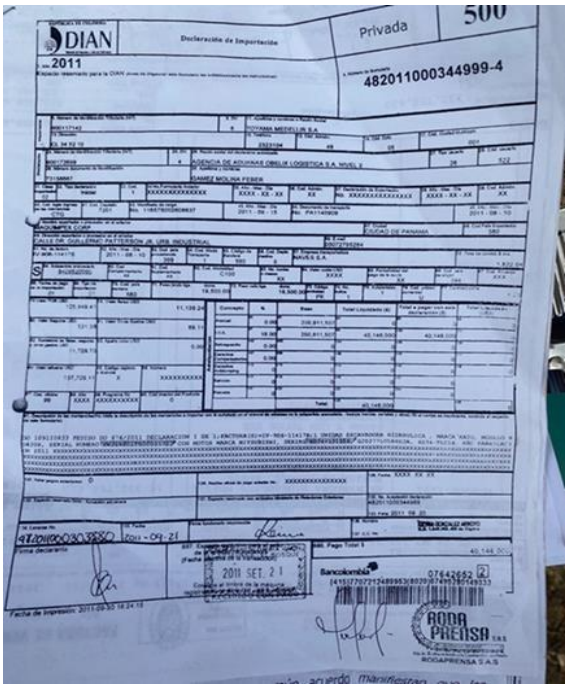
3. Manejo de fuentes de ruido

- 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).

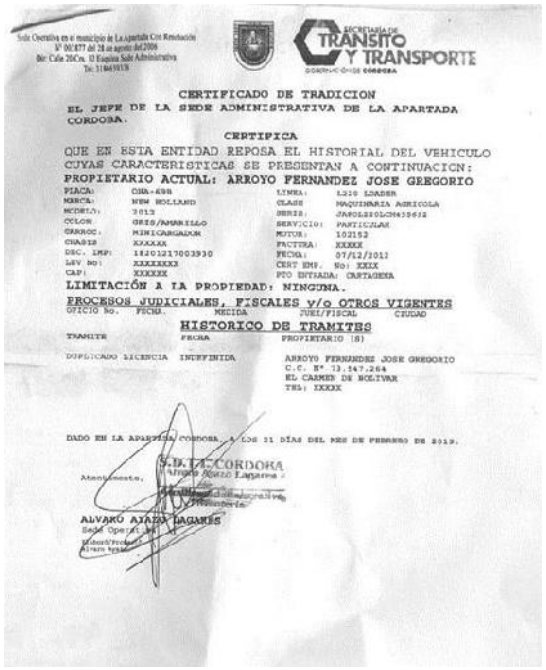
Lugar De Aplicación	Frente de obra
Personal Requerido	Profesional ambiental que asegure el cumplimiento de las actividades descritas en esta ficha, en coordinación con la interventoría y la supervisión del contrato.
Población Beneficiada	Personal que labora en el frente de obra.

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 octubre 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.				

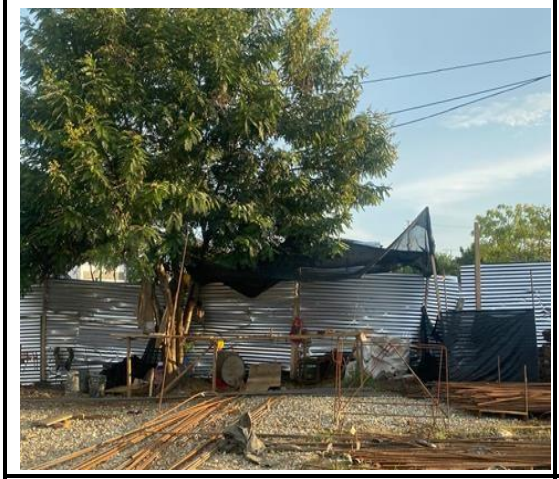
FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 8		
Programa: MANEJO DEL RECURSO AIRE		
Subprograma 1. Control de emisiones atmosféricas y ruido		FICHA:PMA – AC - 07
	En la ficha técnica PMA-AC-02 Se encuentran los anexos de los vehículos que ingresaron en el frente de obra durante el mes de agosto del 2024, como RUT, 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 entran debidamente carpados a frente de obras y cuentan con todos los documentos de tránsito 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 OBTUBRE 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 octubre 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		
Presupuesto	Se considera en los costos de la obra civil, la interventoría técnica, administrativa y ambiental	

Actividades	Cronograma			
	Mes de octubre 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				

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 OCTUBRE 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 octubre 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 octubre del 2024

FICHA DE MANEJO AMBIENTAL N° 11					
Programa: MANEJO DEL RECURSO HIDRICO					
Subprograma 1. Manejo de residuos líquidos					FICHA: PMA – AC - 10
		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, 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 OCTUBRE 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, del mismo modo se realiza reparación de bomba hidráulica y motores de traslación a las maquinas,

Se destina un punto de lavado de camiones mezcladores con el fin de evitar contaminación.

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, la Gobernación de Sucre, y junto con la interventoría del proyecto, busca garantizar que todas las actividades dispuestas en el contrato se realicen al 100% garantizando que la ejecución de la obra se trabaje conjuntamente.
Con el objetivo de cuidar y/o proteger el medio ambiente, en frete de obras se conforma 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 octubre 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. Cabe resaltar que estamos en la parte constructiva del proyecto, durante el mes de octubre 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, se le hace entrega al consorcio CMO hospital sucre, 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 octubre iniciamos las actividades de retiro de estos 4 árboles: 2 campanos, 1 carbonero y 1 abeto, hasta la fecha seguimos con las actividades de retiro.

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.





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 25 de octubre 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.

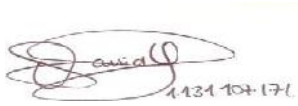
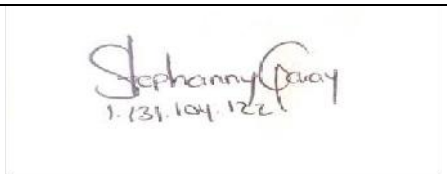
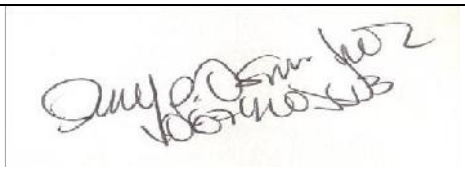
Responsabilidades del grupo de gestión ambiental

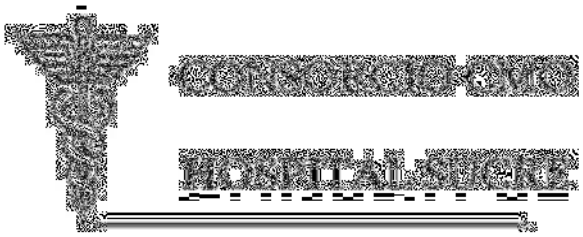
El grupo ambiental tiene las siguientes responsabilidades:

- **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	



INFORME DE SEGUIMIENTO SOCIAL
OCTUBRE 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

SOCIAL
KAROLAY CARABALLO REYES

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

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. Como se ha venido realizando desde el inicio de la obra, esta semana también se brindó atención a la comunidad los días martes y jueves, en el campamento de obra, en el horario habitual de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m. Los residentes de Coveñas saben que este es el espacio donde pueden acercarse para resolver sus inquietudes, obtener información sobre el avance del proyecto y plantear cualquier duda relacionada con las actividades en curso.

Esta atención continua ha garantizado una comunicación abierta y fluida entre el equipo de la obra y la comunidad, promoviendo una gestión participativa y fortaleciendo la confianza en el desarrollo del proyecto.

.

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. 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.

5.2.2. Reunión mensual comunidad: Se llevó a cabo la reunión mensual con la comunidad, representantes

5.2.3. de las acciones comunales y veedores, cumpliendo con los compromisos establecidos en el cronograma. Durante la reunión, se socializaron los avances del proyecto y se abordaron inquietudes y sugerencias por parte de los asistentes. Además, se reafirmó el compromiso con la participación activa de la comunidad en las actividades de seguimiento, asegurando la transparencia y el cumplimiento de las normativas vigentes. Los representantes comunales y veedores participaron de manera activa, contribuyendo al fortalecimiento del diálogo y la cooperación entre todos los actores involucrados.

(fotos adjuntas en anexos)

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.
En la zona de acceso para los vehículos pesados que transportan material entre la obra y el Parque de Guayabal, existe un callejón que pertenece al propietario de la finca ubicada detrás de la obra. Se ha llegado a un acuerdo con el dueño para ir mejorando esa vía en el tramo de entrada, dentro de los límites permitidos por los lineamientos establecidos, ya que esta vía está siendo utilizada para el tránsito de los vehículos de la obra

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 Recreación con los Niños: En el marco de las actividades de integración comunitaria, se realizó una jornada de recreación dirigida a los niños del área. Durante esta actividad, se les brindó un espacio de esparcimiento en el cual disfrutaron de diversas actividades lúdicas, como brincar en un inflable, lo que fomentó su diversión y desarrollo motor. Además, se les entregaron dulces como parte de la dinámica recreativa y, al finalizar, se les proporcionó un balón para que pudieran jugar en la cancha, promoviendo la interacción y el deporte en un ambiente saludable. Esta jornada no solo contribuyó al bienestar de los niños, sino que también fortaleció los lazos con la comunidad local.

5.4.2. Durante esta semana, se llevaron a cabo dos reuniones con los ayudantes, maestros y oficiales de la obra, con el objetivo de fomentar un ambiente de trabajo basado en el respeto mutuo, la comprensión y el diálogo.
LA PRIMERA reunión fue realizada bloque por bloque y estuvo liderada por el equipo de la parte social, la SISO (Seguridad y Salud en el Trabajo) y el área ambiental. Durante esta jornada, se promovió la importancia del respeto entre los compañeros, el diálogo constructivo y la cooperación en el entorno laboral, fortaleciendo la cohesión entre el personal.
LA SEGUNDA reunión fue una iniciativa conjunta de la parte social, la SISO y un veedor. En este espacio, se hizo énfasis en la necesidad de utilizar la dotación completa de seguridad, destacando los riesgos a los que se enfrentan diariamente y recordándoles sus derechos y deberes como trabajadores. Además, se les brindó

apoyo y ánimo, motivándolos a mantener un alto rendimiento en sus actividades y a trabajar de manera segura y responsable.
Estas reuniones fueron clave para fortalecer la comunicación y promover un ambiente laboral más seguro y respetuoso, contribuyendo al éxito del proyecto.

5.4.3. El día 9 de octubre, se llevó a cabo una reunión con la participación de la comunidad, la veeduría, representantes de la Gobernación, la Alcaldía de Coveñas y el contratista, con el objetivo de llegar a acuerdos y solucionar las dudas e inconformidades planteadas por los diferentes actores respecto al avance del proyecto. Durante el encuentro, se socializaron los puntos clave del proyecto y se aclararon inquietudes relacionadas con su ejecución, generando un espacio de diálogo transparente.

Se abordaron temas como los tiempos de ejecución, el impacto en la comunidad y las medidas adoptadas para minimizar cualquier afectación. Los representantes de la veeduría expresaron sus preocupaciones, las cuales fueron atendidas y discutidas para buscar soluciones que beneficien tanto a la comunidad como al desarrollo de la obra.

Como resultado de la reunión, se lograron importantes acuerdos, entre los que destaca el compromiso por parte del contratista y las entidades gubernamentales de fortalecer la comunicación con la comunidad, mantener informada a la veeduría y realizar un seguimiento constante a los compromisos adquiridos. Este espacio permitió avanzar hacia una mayor cohesión entre todos los involucrados, lo cual es fundamental para el éxito del proyecto.

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

Indicador	Cantidad Ejecutada	Cantidad Programada	Porcentaje de Cumplimiento
Jornada de Recreación con los Niños	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, 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:

20 obreros.

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 81% 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.

Desde la perspectiva social del proyecto "Construcción, Equipamiento Fijo y Dotación del Hospital del Golfo de Morrosquillo en el municipio de Coveñas, Sucre", es importante resaltar nuestro compromiso con la inclusión y el desarrollo comunitario a través del empleo local. En la actualidad, el 81% de la mano de obra no calificada empleada proviene de la región, lo que nos permite cumplir con lo estipulado en la Cláusula 9 del contrato, que establece que al menos un 10% de dicha mano de obra debe ser regional.

En cuanto a la participación femenina, hemos alcanzado un 2.47% de mano de obra no calificada, y estamos comprometidos a seguir incrementando este porcentaje conforme avance el proyecto, con el objetivo de cumplir con la cuota mínima del 5% establecida en el contrato.

Además, estamos orgullosos de que el 100% del personal en el proyecto es de nacionalidad colombiana, en línea con lo estipulado en el contrato, lo que contribuye al fortalecimiento del empleo nacional y regional. Estos esfuerzos reflejan nuestro enfoque en la integración social y la generación de oportunidades laborales en la comunidad local, asegurando un impacto positivo y duradero. La siguiente tabla detalla los avances logrados en este aspecto.

Tabla 6. *MANO DE OBRA NO CALIFICADA: TOTALIDAD 95 PERSONAS.*

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANIA	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	EPS	ARL	AFP	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO	TELEFONO	EDAD	GENERO
GERMAN PERALTA CARCENAS	1005703693	AYUDANTE	17/07/2024		NUEVA EPS	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	PENDIENTE	22	MASCULINO
MAVDARÍO GARAY GLORIA	1303142465	AYUDANTE	17/07/2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3217045500	21	MASCULINO
JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1121111481	AYUDANTE	17/07/2024		CAJACOPI	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3242597315	25	MASCULINO
YOFRAN SUAREZ ALMS	1131104035	AYUDANTE	17/07/2024		REGIMEN ESPECIAL	SURA	PROTECCION	PUNTA SECA	COVEÑAS	PENDIENTE	24	MASCULINO
YEAPRLIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	AYUDANTE	17/07/2024		NUEVA EPS	SURA	PROPENSIONES	PUNTA SECA	COVEÑAS	3206082758	25	MASCULINO
MANUEL FRANCISCO TOCATO CORTICA	15020500	AYUDANTE	16/07/2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS	3007010045	54	MASCULINO
PELPOLUS MURILLO LEHLYUS	92259029	AYUDANTE	12/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	COLPENSIONES	PUNTA SECA	COVEÑAS	3004054834	48	MASCULINO
LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131103111	AYUDANTE	10/07/2024		NUEVA EPS	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3117324019	33	MASCULINO
ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCALLEJO	1193043889	AYUDANTE	10/07/2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS	3123088044	22	MASCULINO
GUSTAVO ADOLFO RAMOS DIAZ	1131110304	AYUDANTE	6/07/2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3145896700	27	MASCULINO
JHONJAFE BANQUET DONADO	15521529	OFICIAL	24/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	PORVENIR	COVEÑAS	3145024765	46	MASCULINO
RICARDO JOSÉ MANJARRES PAREJO	1007564073	OFICIAL	14-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	RIVIA FUERTO	BARRANQUILLA	3007971956	29	MASCULINO
IVAN DANILO ZONIA TINADO	1004310079	AYUDANTE	29-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	DELLAMOTA	COVEÑAS	3044777740	18	MASCULINO
JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ	1014763732	AYUDANTE	1-09-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLFONDOS	CRA 6 MZ 67 H	BARRANQUILLA	3023171972	46	MASCULINO
HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1003708729	AYUDANTE	21-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3015103795	24	MASCULINO
DANIEL MORENO LCONA	1072520007	AYUDANTE	14-08-2024		EPS SOS ALUD MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	PANCELAC	COVEÑAS	3003523471	27	MASCULINO
ALDRIN ROBERT VALENCIA	9768402	MAESTRO	1-09-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	CRA 16 ST 16		3023112219	54	MASCULINO
ANILUIS SUAREZ MORALES	1007364380	AYUDANTE	14-08-2024		LIBERTAMIENTO COLOMBIA	SURA	PROTECCION	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	3147588625	22	FEMENINO
DOMINGUEZ PACHECO MANUEL DE JESUS	9772703	OFICIAL	14-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	CRA 40 10	BARRANQUILLA	3013399529	53	MASCULINO
RAFAEL ANDRES VALENCIA	7991911	MAESTRO	4-09-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	CRA 42 A 40 A 43	BARRANQUILLA	3007740750	48	MASCULINO
OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131084101	AYUDANTE	25-08-2024		LIBERTAMIENTO COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	3218538510	52	MASCULINO
JULIO CESAR POSSO PEREZ	1072382138	AYUDANTE	14-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PROTECCION	PUNTE PEDRA	COVEÑAS	3005091577	20	MASCULINO
[illegible] ANTONIO FUENTES ARCIA	92501019	MAESTRO	12-08-2024		SALUD TOTAL S.A.	SURA	PROTECCION	BARRIO LIBERTADOR	CIMICETIO	3013770703	43	MASCULINO
JEAN CARLOS CARCERES BOHORQUEZ	1007215363	AYUDANTE	20-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3012788202	27	MASCULINO
ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	MAESTRO	21-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	MANZANA 122 LOTE 5	MONTERIA	30 3112810	47	MASCULINO
DIEGO ALEJANDRO BARRERA APARELA	13725782	OFICIAL	16-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	CRA 46	CHINU	3002215008	42	MASCULINO
JAIDER CHAMORRO ESTRADA	92643110	OFICIAL	6-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	TIERRA PROMETIDA	SINCELEJO	3244453114	4	MASCULINO
ALVARO ANDRES MONJARRES AZUOLIO	1193153675	BOLSEGURO	25-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	CRA 25 12 25	COVEÑAS	3015319668	28	MASCULINO
ALEXANDER YEPASHA GALLEGO	1070026096	AYUDANTE	22-08-2024		FUTURA	SURA	PORVENIR	EL TIGRE	COVEÑAS	PENDIENTE	30	MASCULINO
WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1087400598	AYUDANTE	7-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP	REPARC	COVEÑAS	3107065132	59	MASCULINO
JESUS ALBERTO TORRA CORDOBA	1131092455	AYUDANTE	22-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	COLFONDOS	ASERRADERO EL TIGRE	COVEÑAS	3243187424	30	MASCULINO
DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	12-08-2024		CAJACOPI	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3215382881	20	MASCULINO
EDER LUIS RINCO SUAREZ	1003708714	AYUDANTE	26-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3107795231	24	MASCULINO

CARLOS EUGENIO BLANQUICET HIVELA	1101957738	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		CAJACOPI ATLANTICO - COOP	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
DANIEL DARIO DIAZ PEREZ	1122749961	AYUDANTE DE OBRA	24/10/2024		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE	LAS PARCELAS	COVEÑAS	3013375073	22	FEMENINO
ENOL DIAZ ACOSTA	7226553	OFICIAL DE OBRA	14-09-2024	19/10/2024	NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
EUCLIDES MANUEL VONTOBONCA LOPEZ	9240670	MAESTRO DE OBRA	22-08-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD	SURA	NINGUNA APP	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
HELMUTH TOLS PEÑATA	7323 930	AYUDANTE DE OBRA	01-09-2024	19/10/2024	TRANSITO DE S.S. COOP SALUD Y	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	9508970	AYUDANTE DE OBRA	29 08 2024	19/10/2024	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
HOVER LUIS ESTRADA TINOCO	78701007	ALBAÑIL	06-09-2024		ASOCIACION MUTUAL SER	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3207071274	55	MASCULINO
JAIRO DE JESUS RODRIGUEZ RAMOS	1065577651	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ	1067583238	AYUDANTE DE OBRA	29 08 2024	19/10/2024	NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
JULIO ALBERTO COGOLLO HOYOS	1067862599	AYUDANTE	10-10-2024	19/10/2024	SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1031104030	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		EPS COMFAMILIAR MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
JOHNNY LUIS CONTRERAS MOLINA	1600401	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
JUAN CARLOS CORDOBA OCHOA	1103215	AYUDANTE DE PLOMERIA	27-08-2024	19/10/2024	CAJACOPI ATLANTICO - COOP	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ	1003857016	AYUDANTE DE OBRA	21 08 2024		NUEVA EPS EPS MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
KEYNER JENTES JULIO	1072529244	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE	SURA	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
MIGUEL ANGEL RAMOS ALVAREZ	1131045329	AYUDANTE DE OBRA	21 08 2024	19/10/2024	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
TOMAS ZUÑIGA ANTEQUERA	1131103015	AYUDANTE DE OBRA	29 08 2024		NUEVA EPS EPS MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
TOMAS SEGUNDO SUAVIS ESQUIVEL	9322978	DELADOR	04-07-2024		EPS COMFAMILIAR MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
LUIS EDUARDO SEPULVEDA ARROYO	1067109666	AYUDANTE	16 10 2024		SURA	EPS FAMILIAR DE	PORVENIR	SINCELEJO	SINCELEJO	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
JORGE LUIS MORELO MARTINEZ	1072523581	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
IVAN LOPEZ TORRES	1003656434	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ	1007245394	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
EZEQUIEL MATEO PICOTT CORREA	1193317178	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563	AYUDANTE	16-10-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A.	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
ELIER JOSE NUÑEZ VILLALBA	1068737364	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A.	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
DUBAN ARIAS MADRID	1131104002	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
KENYA PATRICIA DURANGO ESPITIA	1131107550	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	FEMENINO
PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ	C73432693	OFICIAL DE OBRA	25-09-2024		SURA	NINGUNA EPS	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	25-09-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	25-09-2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO

***Tabla 7**.MANO DE OBRA NO CALIFICADA DE LA REGIÓN: TOTALIDAD 77*

INFORMACION PERSONAL			NOVEDAD		AFIACION A SEGURIDAD SOCIAL			DATOS	
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANIA	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	EPS	ARL	AFP	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO
GERMAN PERALTA CARDENAS	1005708688	AYUDANTE	17/07/2024		NUEVA EPS	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
IVAN DARÍO GARAY GLORIA	1193142465	AYUDANTE	17/07/2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
JUAN DAVID RAMOS DÍAZ	1131111481	AYUDANTE	17/07/2024		CAJACOPI	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
YOFRAN SUAREZ ALVIS	1131104539	AYUDANTE	17/07/2024		REGIMEN ESPECIAL	SURA	PROTECCION		COVEÑAS
YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	AYUDANTE	17/07/2024		NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES		COVEÑAS
MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	AYUDANTE	16/07/2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS		COVEÑAS
PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	AYUDANTE	12/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	COLPENSIONES		COVEÑAS
LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	AYUDANTE	13/07/2024		NUEVA EPS	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	3/07/2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
GUSTABO ADOLFO RAMOS DIAZ	1131110304	AYUDANTE	6/07/2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
JHON JAIRO BANQUET DONADO	15621529	OFICIAL	24/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	21-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES		COVEÑAS
HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	AYUDANTE	21-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	AYUDANTE	14-08-2024		EPS COOSALUD MOVILIDAD	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	AYUDANTE	14-08-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PROTECCION		COVEÑAS
OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE	23-08-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP		COVEÑAS
JULIO CESSAR POSSO PEREZ	1072522158	AYUDANTE	14-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PROTECCION		COVEÑAS
JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	30-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
ALVARO ANDRES MANJARREZ OVIDIO	1116615548	BODEGURO	21-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131100085	AYUDANTE	22-08-2024		FOSYGA	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	17-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP		COVEÑAS
JESUS ALBERTO TARRA CORDOBA	1131108265	AYUDANTE	22-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	COLFONDOS		COVEÑAS
DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	17-08-2024		CAJACOPI	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	25-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	OFICIAL	05-09-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
CRISTIAN DAVID MALARRIAGA LADEUS	1072522613	AYUDANTE	25-08-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
[redacted]									
JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA	92230799	PLOMERO	04-09-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
ELIECER CONEO MARQUEZ	1131104488	PLOMERO	04-09-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLPENSIONES		COVEÑAS
JORGE ELIECER GARZON LOPEZ	15682314	PLOMERO	04-09-2024		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
ARISTIDE CONEO MARQUEZ	15620652	AYUDANTE	24/10/2024		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE		COVEÑAS
CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA	1104867738	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
DANIEL DARIO DIAZ PEREZ	1192749361	AYUDANTE DE OBRA	24/10/2024		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE		COVEÑAS
HELMUTH TOUS PEÑATA	73231900	AYUDANTE DE OBRA	01-09-2024	1/10/2024	COOSALUD E.S.S. COOP SALUD Y	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	85083707	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	14/10/2024	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS		COVEÑAS
JAIRO DE JESUS RODRIGUEZ RAMOS	19857561	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ	1007663238	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	1/10/2024	NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR		COVEÑAS
JULIO ALBERTO COGOLLO HOYOS	1067852199	AYUDANTE	[redacted]	[redacted]	SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER	PORVENIR		COVEÑAS
[redacted]									



EZEQUIEL MATEO PICOTT CORREA	1193317178	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION		COVEÑAS
EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563	AYUDANTE	16-10-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A.	PORVENIR		COVEÑAS
ELIER JOSE NUÑEZ VILLALBA	1068737364	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A.	COLPENSIONES		COVEÑAS
DUBAN ARIAS MADRID	1131104002	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR DE CALIDAD	PORVENIR		COVEÑAS
KENYA PATRICIA DURANGO ESPITIA	1131107550	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES		COVEÑAS
PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ	C73432693	OFICIAL DE OBRA	25-09-2024		SURA	NINGUNA EPS	PROTECCION		COVEÑAS
MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108475	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR DE CALIDAD	PORVENIR		COVEÑAS
DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS		COVEÑAS
CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	25-09-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE CALIDAD	PORVENIR		COVEÑAS
JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	25-09-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE CALIDAD ATLANTICO	PORVENIR		COVEÑAS
MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108475	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR DE CALIDAD	PORVENIR		COVEÑAS
DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS		COVEÑAS
CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	25-09-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE CALIDAD	PORVENIR		COVEÑAS
JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	25-09-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE CALIDAD ATLANTICO	PORVENIR		COVEÑAS
YEINER BRAVO CASTRO	1193543938	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR		COVEÑAS

El consorcio encargado del Hospital de Coveñas, Sucre, ha implementado una política de inclusión étnica y social en el proyecto. Hasta la fecha, se ha integrado un total de 15 personas de grupos históricamente vulnerables en el equipo laboral, distribuidos de la siguiente manera:

10 trabajadores indígenas
2 trabajadores desplazados
3 trabajadores afrocolombianos

Esta iniciativa responde al compromiso del consorcio con la diversidad y la equidad laboral, promoviendo oportunidades para poblaciones vulnerables en la región.

Proyecto No 6: Supervisión y Participación Interinstitucional

- El día **8 de octubre**, se llevó a cabo una **reunión informativa** para presentar el estado actual de la obra, el porcentaje de avance y realizar un recorrido por las instalaciones del proyecto. Durante la reunión, se contó con la participación de representantes de **la Gobernación, la Alcaldía, ENTerritorio**, y otros entes relevantes.
  La **arquitecta Pamela** y el **ingeniero Hugo** estuvieron a cargo de exponer el progreso de la obra, detallando los avances alcanzados hasta el momento. Posteriormente, invitaron a los asistentes a realizar un recorrido por la zona de construcción, con el fin de observar de primera mano los trabajos ejecutados y resolver cualquier inquietud sobre el proyecto.

- El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en la cláusula SEGUNDA "ALCANCE DEL OBJETO" del contrato específico No. 2230170/MSPS-681-2023, que contempla la “Cofinanciación de la ejecución del proyecto denominado CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE", y de acuerdo con lo pactado en la Cláusula CUARTA "OBLIGACIONES DE LAS PARTES", numeral 2, Obligaciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), ha cumplido con los siguientes compromisos:
  2.3: La Subdirección de Infraestructura en Salud de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria asistió a las visitas en campo, en conjunto con las partes firmantes del contrato, para hacer seguimiento a la ejecución del proyecto.
  2.4: El subdirector de Infraestructura en Salud o su delegado participó en el Comité Operativo y de Seguimiento del contrato.
  2.5: La supervisión del contrato se llevó a cabo por parte del subdirector de Infraestructura en Salud del Ministerio.
  2.6: El Ministerio aprobó oportunamente el Plan Detallado de Trabajo (PDT) del Proyecto, cumpliendo con los plazos establecidos.
  Asimismo, conforme a la comunicación con radicado No. 2024232000392201, la Subdirección de Infraestructura aprobó el Plan Detallado de Trabajo (PDT), y se realizaron las visitas de seguimiento al avance del proyecto en la tercera semana de septiembre, octubre y noviembre de 2024, verificando los avances estipulados en el PDT, lo que permitió el desembolso de los recursos correspondientes por parte del Ministerio.
  El **día 24 de octubre**, se llevó a cabo la visita de verificación de cumplimiento del documento aprobado por el Ministerio. Durante la visita, se celebró un comité de obra con la participación del Contratista, el Interventor, el Supervisor del Contrato derivado, los Supervisores de ENTerritorio y otras autoridades. En dicha reunión, se presentó el avance de la ejecución del proyecto hasta la fecha y la Interventoría expuso detalladamente el estado actual del proyecto.

ANEXOS.

CARTELERA INFORMATIVA



REUNION MENSUAL CON LA COMUNIDAD.







SEGUIMIENTO VIAL













RECREACIÓN CON LOS NIÑOS

















CHARLAS CON LOS TRABAJADORES.











REUNION CON ENTES PUNTUALES













SUPERVISION Y PARTICIPACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

















cronograma de actividades.

Mes de octubre 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** Actualización de la Cartelera Informativa, Reunión mensual con comunidad.
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 Recreación con los Niños, Reunión Mensual con representantes puntuales y charlas con los trabajadores.
semana 1 a la 4	**Contratación mano de obra** contratación mano de obra no calificada y Supervisión y Participación Interinstitucional.

CMO HOSPITAL DE COVEÑAS.

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. 6

PERIODO: 1 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024

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

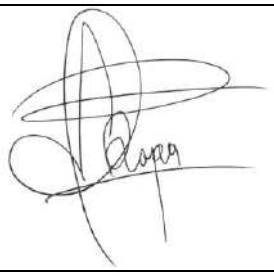
DOCUMENTO:	**INFORME DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO No. 6**
Periodo:	**1 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2024**
No. Contrato de Interventoría	**No. CM-001-2024**
No. Contrato de Obra	**N° LP-018-2023**
Elaboró: **Especialista SG-SST** **LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA**	**Firma:** 
Reviso y aprobó: **Representante legal** **NAYALIBE ELJACH MANJARREZ**	**Firma:** 

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 7

1. OBJETIVOS 8

1.1. OBJETIVO GENERAL 8

1.2. OBJETIVO ESPECIFICO 8

2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 9

3. ALCANCE DEL INFORME 16

4. JUSTIFICACIÓN 16

5. GENERALIDADES DEL PROYECTO 16

5.1. CONTRATO DE OBRA. 16

5.2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 18

5.2.1. LOCALIZACIÓN GENERAL 18

6. RECURSOS 18

6.1. RECURSO HUMANO 18

6.2. INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO 21

7. SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 21

7.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS 22

7.3. PAGO DE APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 22

7.4. DESIGNACIÓN RESPONSABLE SST 23

7.5. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES 24

7.6. INDUCCIÓN PERSONAL 24

7.7. NOTIFICACIÓN DE RIESGO. 25

7.8. DESARROLLO DE CAPACITACIONES EN SST. 25

7.9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO 25

7.9.1. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES 25

7.9.2. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD..... 26

7.9.3. EXÁMENES ESPECÍFICOS ALTURAS 28

7.9.4. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL PROYECTO 29

7.9.5. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO 29

7.10. MANEJO ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA ... 29

7.11. ENTREGA DE DOTACIONES Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 32

7.12. INSPECCIONES PLANEADAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO35

7.13. REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS 35

7.14. PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS. 35

7.15. SUSTANCIAS QUIMICAS 36

7.16. CERTIFICADO DE ENTRENAMIENTO EN ALTURAS..... 36

7.17. PERMISOS DE TRABAJO Y ANALISES DE TRABAJO SEGURO 37

7.18. HERRAMIENTAS, VOLQUETAS, MAQUINAS Y EQUIPOS 37

7.19. MANEJO DE MAQUINARIA, VEHÍCULO Y EQUIPOS 37

7.20. INSTALACIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN EN LA OBRA 38

7.21. ESTABLECIMIENTO DEL PUNTO DE HIDRATACIÓN 38

7.22. SEGUIMIENTO Y CONTROL A SUBCONTRATISTAS 39

7.23. BAÑOS RESOLUCIÓN 2400 DE 1979. 39

7.24. COMITÉ PARITARIO O VIGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO39

7.25. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL. 40

7.26. BRIGADAS DE ASEO...... 40

8. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE TODAS LAS ACTIVIDADES DELSISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 40

9. CONCLUSIONES..... 41

10. ANEXOS..... 42

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".

1. OBJETIVOS

1.1. 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".

1.2. 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.**

2. 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.

3. 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".

4. 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.

5. GENERALIDADES DEL PROYECTO

5.1. 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

5.2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

5.2.1. 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.

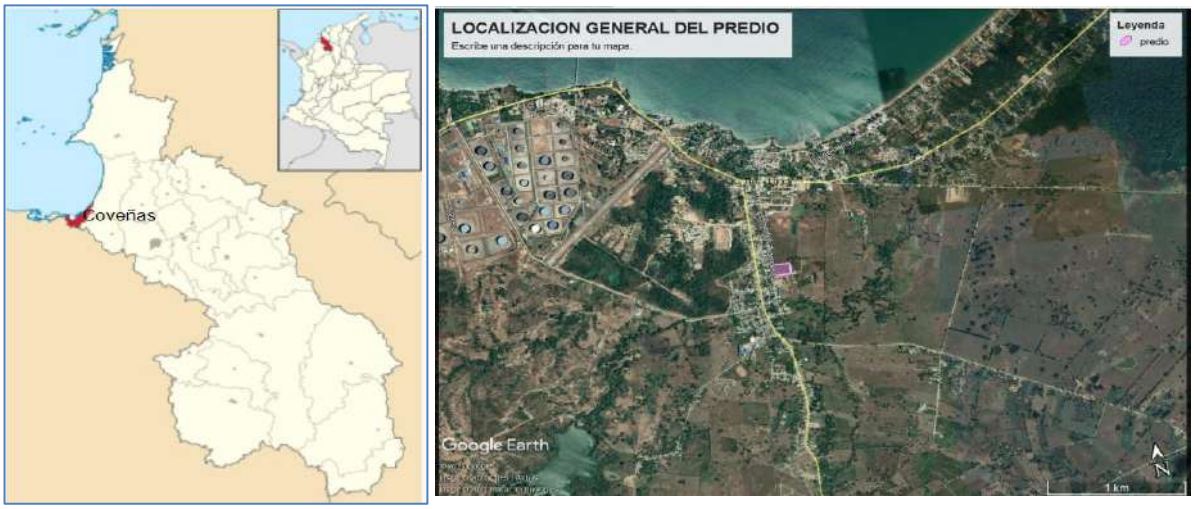


Figura 1: Localización General Coveñas Sucre

6. 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.

6.1. 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:

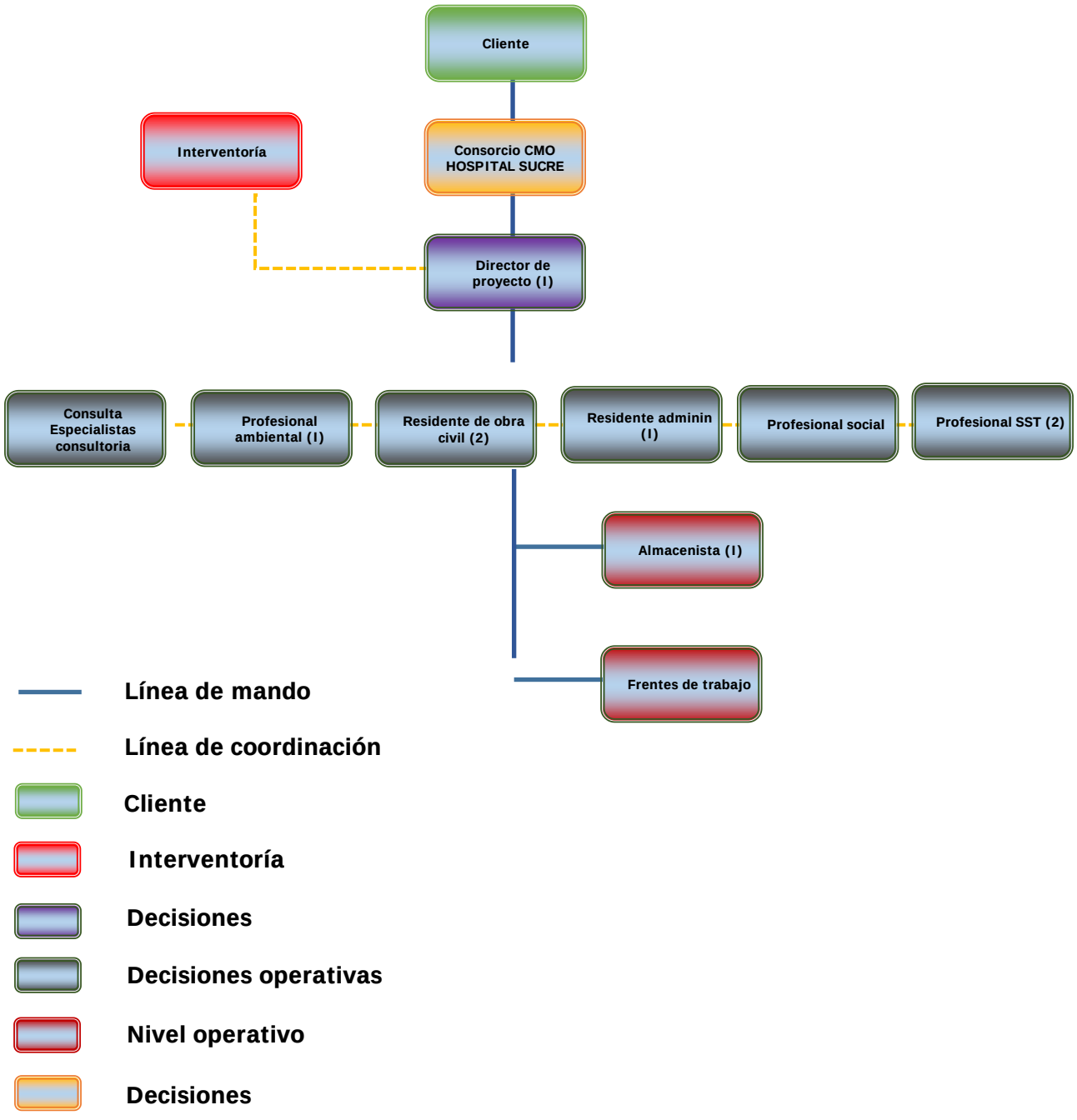
REPRESENTANTE LEGAL: NAYALIBE ELJACH MANJARRES

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:



6.2. 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.

7. 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.

7.1. 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)

7.2. 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).

7.3. PAGO DE APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El contratista presenta planilla de seguridad social del personal directo y subcontratado, correspondiente al mes de septiembre 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
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Septiembre 2024	9475213061	$33,114,700

7.4. 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).

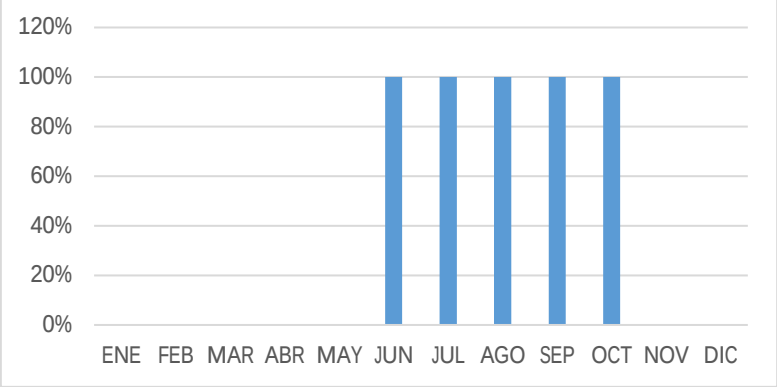
7.5. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES

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	8	15	8	10	75
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0	12	14	8	8	15	0	0	57
		RESULTADO						100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	7%
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Gráfico de seguimiento de plan de trabajo anual



7.6. 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).

7.7. 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).

7.8. 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).

7.9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

7.9.1. 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, Registro de seguimiento de las evaluaciones médicas de ingreso).

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.

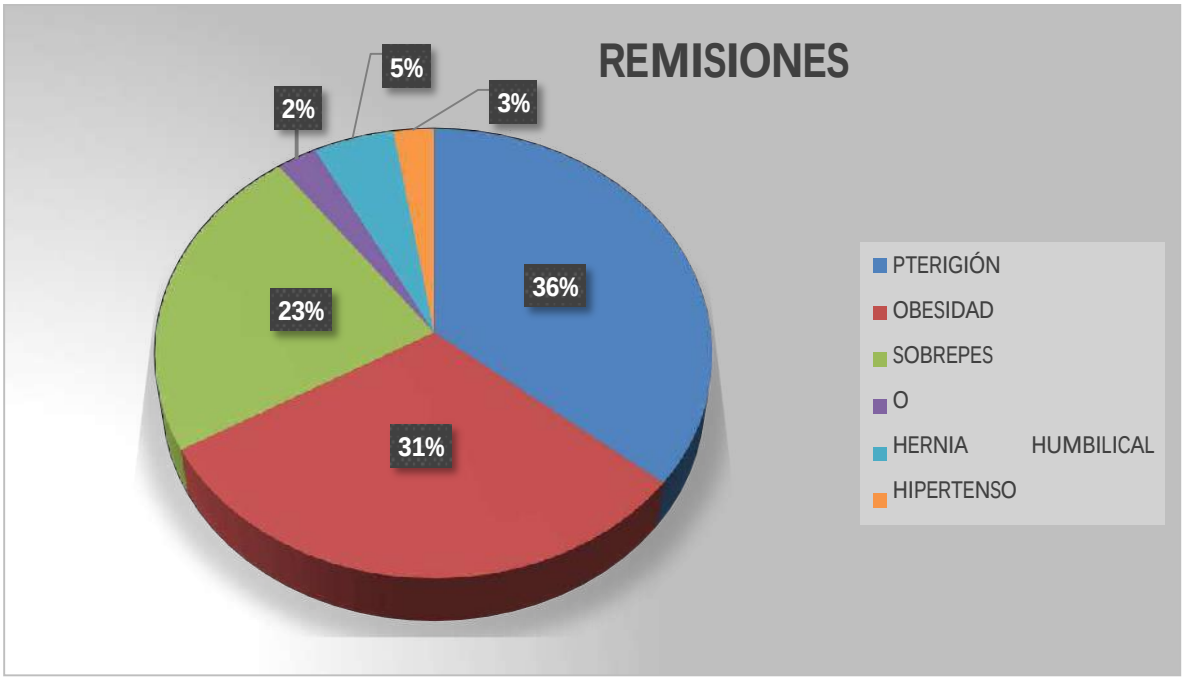
7.9.2. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD

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. Informe de condiciones de salud se soportó informe 5.

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.**

7.9.3. EXÁMENES ESPECÍFICOS ALTURAS

Se realiza exámenes Médicos ocupacionales para Trabajo en Alturas a los trabajadores que se desempeñarán en cargos que requieran tareas con exposición a caídas de 2 mts de altura. Estos exámenes médicos ocupacionales de Trabajo alturas constituyen una de las modalidades de

evaluación médica específica, y está comprendido por un examen médico, exámenes paraclínicos y las pruebas de laboratorio clínico mínimas obligatorias exigidas por la Resolución 4272 de 2021. (ver anexo 9, Concepto de aptitud trabajo en alturas)

7.9.4. 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).

7.9.5. 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 11. Cuestionario de morbilidad)

7.10. 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 presentaron cuatro (4) accidentes de trabajo. Así mismos se registra ausentismo diecisiete (13) días laboral por Incapacidad medica general y accidente de trabajo; según Resolución 0312 de 2019 y decreto 1072 de 2015. (Ver anexo 12, 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
OCTUBRE 2024	4
TOTAL, ACCIDENTES	7

- **Registro de Ausentismo por causas medicas vinculación directa**

PERIODO	NO. DE AUSENTISMO
JUNIO 2024	0
JULIO 2024	0
AGOSTO 2024	2
SEPTIEMBRE 2024	17
OCTUBRE DE 2024	13
TOTAL, AUSENTISMO	32

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 13 cálculo de indicadores de accidentalidad directos), a continuación, se presenta los siguientes indicadores:

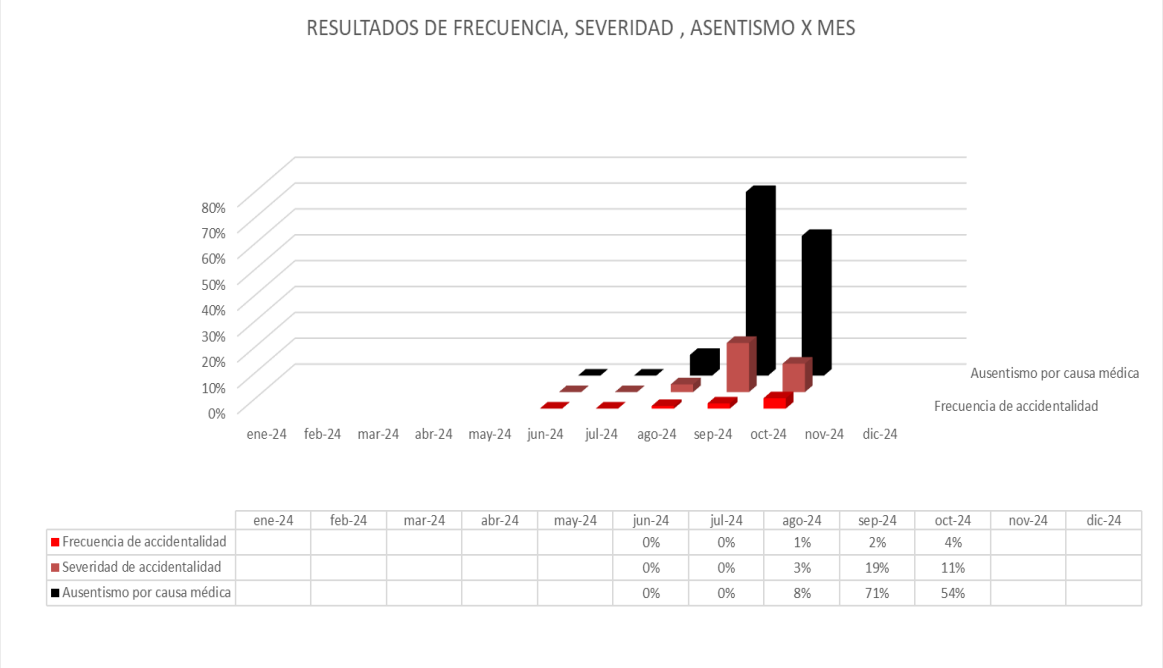
- **Tablero de control de indicadores personal directo**

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO TRABAJADORES DIRECTOS

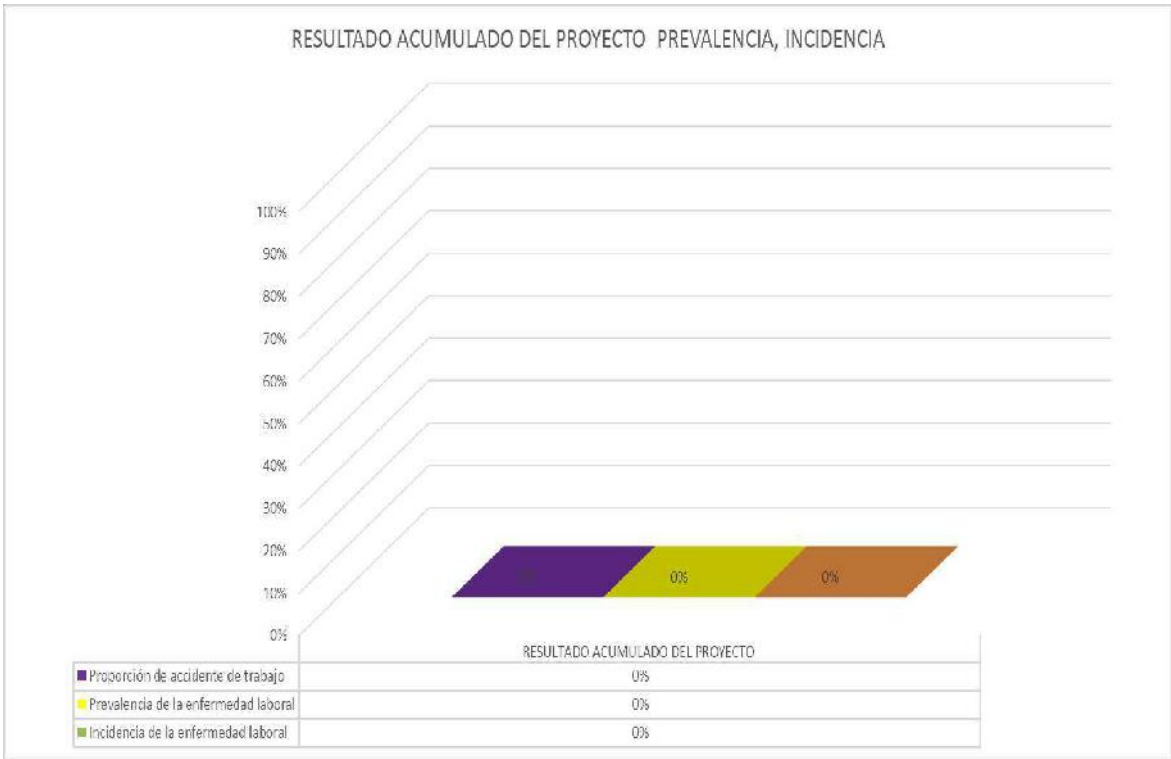
Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Interpretación	Periodicidad Mínima	RESULTADOS											
					ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de 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%	4%		
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%	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%	11%		
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%	0%		
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un período 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%	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%	54%		

- **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%	4%		
Severidad de accidentalidad						0%	0%	3%	19%	11%		
Ausentismo por causa médica						0%	0%	8%	71%	54%		

- **Gráficos de prevalencia incidencia personal directo**



7.11. 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 14, 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

7.12. 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 15, Registro de inspecciones y Cronograma de inspecciones).

7.13. 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.

7.14. 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. (Ver Anexo 16, Acta de conformación brigada de emergencias).

7.15. 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 17, 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).

7.16. CERTIFICADO DE ENTRENAMIENTO EN ALTURAS

El contratista realizó el entrenamiento del personal que realizan actividades en alturas, en un centro de entrenamiento aprobado por el Mini-trabajo. (Ver Anexo 18 – Certificado de entrenamiento en alturas).

7.17. PERMISOS DE TRABAJO Y ANALISES DE TRABAJO SEGURO

El contratista, para el periodo, se realiza la emisión de permisos de trabajo para actividades que generan chispa (trabajo en caliente) y permisos de trabajo en alturas para actividades que realiza un trabajador que ocasione la suspensión y/o desplazamiento, en el que se vea expuesto a un riesgo de caída, mayor a 2.0 metros, con relación del plano de los pies del trabajador al plano horizontal inferior más cercano a él. ; en los frentes de obras, con el fin de identificar los riesgos, medidas de prevención, descripción de actividades y los EPP o equipos específicos que se deben usar en el desarrollo de las actividades. (Ver anexo 19, Permisos altura, en caliente y ATS).

7.18. 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 20, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos).

7.19. 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 una máquina. (Ver Anexo 21, Documento maquina).

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.

7.20. 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 22, Inventario de señalización y registro fotográfico general).

7.21. 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).

7.22. 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 23, Seguimiento subcontratista)

- **PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**
- **LISTADO DE PERSONAL**
- **RADICADOS DE AFILIACION**

7.23. 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).

7.24. 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. (Ver anexo 24, Acta de conformación del COPASST)

7.25. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL.

El contratista realizará de acuerdo al cronograma de actividades y numero de persona, Se realiza 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. (Ver anexo 25, Acta de conformación del CCL).

7.26. 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 26, Inspección de orden y aseo).

8. 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 27. Registro fotográfico generales).

9. 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**

10. 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, Concepto de aptitud trabajo en alturas

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, Acta de conformación brigada de emergencias

Anexo 17, Inspección – listado de sustancias químicas

Anexo 18 – Certificado de entrenamiento en alturas

Anexo 19, Permisos altura, en caliente y ATS

Anexo 20, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos.

Anexo 21, Documento maquina

Anexo 22, Inventario de señalización

Anexo 23, Seguimiento de subcontratista

Anexo 24, Acta de conformación del COPASST

Anexo 25, Acta de conformación del CCL

Anexo 26, Inspección de orden y aseo

Anexo 27. 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 OCTUBRE.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 07/10/2024 FECHA FINAL 12/10/2024

	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	mejoramiento de terreno armado y colocación de acero formaleteado de columnas demolición de placa.	Evacuacion de aguas lluvias Para mejoramiento y adecuación de terreno, armado de acero, demolicion de Placa.	armado y colocacion de acero en vigas, viguetas de loza. mejoramiento y adecuacion de terreno.	Llegtramiento de terreno con material Seleccionado fundicion de vigas y viguetas fundicion de columnas.	Armado de Plataforma. desencofrado de vigas y viguetas fundidas demolicion de placa armado de plataforma.	Relleno de vigas, Armado de Plataforma, armado y colocacion de acero, desencofrado de Placa.	

	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 controla 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 realizo apiques para su ubicacion ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
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 esta 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 correspondiente 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 actividades se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21	Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22	Se encuentran definidas y señalizadas las rutas para excavaciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23	Existen adecuados caminos de acceso, pasarelas, para que las obreras puedan circular sin problema en la obra?			✓			✓			✓			✓			✓			✓	
24	Los sacomixtos se encuentran señalizados, cubiertos y hay sitios específicos para almacenarlos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25	El perímetro de la obra se encuentra bien demarcado y señalizado ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
26	Los materiales que se utilizan en obra se encuentran demarcados y señalizados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
27	Se manejan volantes informativos, 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 OCTUBRE

SEMANA COMPRENDIDA: **FECHA INICIAL** 07/10/2024 **FECHA FINAL** 12/10/2024

	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 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 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 labor?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
41	El personal evita correr porque está apurado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
42	Las personas toman precaución al transitar por pisos desiguales y alcantarillas desiguales?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
43	se cuenta con punto ecológico y se encuentra fuera de las medias de paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	las redes de servicio cerca 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 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		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 Garay

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: OCTUBRE

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 01/10/2024. FECHA FINAL 05/10/2024.

	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	Figuracion y Colocacion de acero, armado de acero para columnas, formaletas, vigas y viguetas.	Mejoramiento de terreno para entarimado Excavacion y Colocacion de tuberia.	mejoramiento de terreno para entarimado. Figuracion y colocacion de acero para vigas, viguetas	construccion de Solado para vigas de losa actividad de demolicion en la Placa de Bloque 3.	Armado y colocacion de formaleta Para Losa, demolicion de placa, instalaciones hidrosanitarias.		

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 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 constata si algun trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva ?	✓			✓			✓			✓			✓						
7 Se implemetan 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 realizo apiques para su ubicacion?	✓			✓			✓			✓			✓						
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 las actividades 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: OCTUBRE

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 01/10/2024 FECHA FINAL 05/10/2024

	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 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 llama orientta 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, 20 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 levantadas se haga 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 caídas y de materiales que obstaculicen el tubo?	✓			✓			✓			✓			✓					
41	El personal evita correr aunque esté apurado?	✓			✓			✓			✓			✓					
42	Las personas toman precaución al transitar por pisos desiguales y alfombras desiguales?	✓			✓			✓			✓			✓					
43	se cuenta con punto ecologico y se encuentra fuera de las medias de paso?	✓			✓			✓			✓			✓					
44	las redes de servicio cercas 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 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

AUTORIZA - RESIDENTE CIVIL - INSPECTOR SST

N.A.=No aplica

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

ACCIONES CORRECTIVAS

RESPONSABLES DE LA INSPECCIÓN

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny Garay.

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 Octubre.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 21/10/2024 FECHA FINAL 26/10/2024.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	armado y colocacion de acero para columnas demolición en placa. Instalaciones Sanitarias	Armado de acero para columnas, Vigas y Viguetas	armado y colocacion de acero para columnas, Fundida de losa, Fundicion de vigas y viguetas	Colocacion de Mallas electro Soldadas para placa de Piso, Excavacion de zapatas.	Fundicion de columnas demolicion de placa Instalaciones electricas Instalaciones Sanitarias	Armado y Colocacion de acero. - demolicion de losa. - Fundicion de losa.	

	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 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 calicatas para su ubicacion?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
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 dotados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
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 ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
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 rojo (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 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

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 OCTUBRE

SEMANA COMPRENDIDA — FECHA INICIAL 21/10/2024 — FECHA FINAL 26/10/2024

	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 apropiada de acuerdo a o la labor ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	Las herramientas se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
33	Se ha capacitado 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 entrenta 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, 30 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 hagа de la forma mas correcta?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sobre la Prevención de Golpes ,Caidas 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 caidas y de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
41	El personal evita correr cuando está apurado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
42	Las personas toman precaución al transitar por pisos desiguales y alrededores desiguales?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
43	se cuenta con punto ecológico y se encuentra fuera de las rutas de paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	Las redes de servicio cercas 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 emergencia 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.: No aplica/no

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

RESPONSABLES DE LA INSPECCION

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny Garray.

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: OCTUBRE.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 14/10/24 FECHA FINAL 19/10/2024.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	HOJAS ADICIONALES
	Se iniciaron actividades de capacitación del personal para trabajo en altura.	Armado y colocación de acero fundida de vigas y viguetas de losa; fundida de muro de contención.	armado de plataformas y aceros para vigas y viguetas. Fundición de muro de contención.	armado y colocación de acero, armado de plataforma, vigas y viguetas.	• Fundición en vigas y viguetas, muro de contención. Armado y colocación de acero y formaleta. demolición de vigas en losa.	armado de acero en columnas. demolición de placas instalación de tubería eléctrico	

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.	
	Los trabajadores disponen de dotacion y EPP requeridos para las actividades que realizan ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	La dotación y EPP se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Los trabajadores hacen uso de los elementos de protección suministrados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	El personal se encuentra afiliado al SGSS (ARL, EPS y AFP)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecucion de las actividades	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Se consulta si algun trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Se implemetan programas de seguridad, orden y aseo en los frentes de obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Se revisa los planos de redes de servicio publicos, se realiza apiques para su ubicacion?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Todos los trabajadores cuentan con las evaluaciones medicas de ingreso ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Los botiquines se encuentran en buen estado, ubicados a un nivel diferente del piso, limpios y dotados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Las camilla está correctamente ubicada y se encuentran limpia y en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Se ha establecido sistemas de control de tráfico para evitar accidentes a trabajadores y peatones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Se cuenta con ayudante de maquina en los frentes de obra ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones a el personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
	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 desarrollen?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
19	Se cuenta con personal para dirigir el tráfico en la zona, portando paletas de color rojo (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	Fueron 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

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 OCTUBRE.

SEMANA COMPRENDIDA: **FECHA INICIAL** 14/10/24 **FECHA FINAL** 19/10/24.

	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.
18	Las herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
19	Las herramientas se revisan regularmente para verificar su estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
20	Las herramientas se almacenan organizadamente después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
21	los trabajadores usan las herramientas apropiada de acuerdo a a la labor ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
22	Las herramientas se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
23	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.**
24	Antes de levantar una carga el trabajador conoce el peso de esta y tiene encuenta el peso para levantar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
25	Las cargas se levanta correctamente doblando las piernas y no el tronco?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
26	Al levantar y transportar las cargas el trabajador usa ayudas mecanicas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
27	Las cargas que sobrepasan la capacidad individual de la persona (25 kg desde el suelo, 30 kg desde el plano de trabajo) son levantadas y transportadas entre dos personas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
28	Antes de levantar las cargas se verifica el camino por el cual van ha ser transportadas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29	Los trabajadores verifican la forma de los objetos para al ser levantados se haga de la 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.**
-	Los pasillos están libres de objetos que puedan ocasionar caídas y de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
-	El personal evita correr cuando esta apurado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
-	Las personas toman precaución al transitar por pisos desiguales y diferentes desniveles?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
-	se cuenta con punto ecológico y se encuentra fuera de los medios de paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
-	Los recibos de servicios varios 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.**
41	El frente de trabajo cuenta con equipo apropiado contra incendios?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
42	Los extintores no se encuentran obstruidos ?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
43	Las válidas y bolillos se encuentran demarcadas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	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 Garay.

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 :	OCTUBRE DE 2024

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	3/10/2024	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	3/10/2024	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	KENYA PATRICIA DURANGO ESPITIA	1131107550	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
16	YOJARIS LADEUS RANGEL	1005708413	AYUDANTE	25-09-2024	16/10/2024	SURA	SURA EPS	PROTECCION
17	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ	C73432693	OBRA	25-09-2024		SURA	NINGUNA EPS	PROTECCION
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 :	OCTUBRE DE 2024

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	24/10/2024	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	1/10/2024	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	3/10/2024	SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PROTECCION
18	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
19	DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
20	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	25-09-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
21	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	25-09-2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
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 :	OCTUBRE DE 2024

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	14/10/2024	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLFONDOS
7	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
8	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	30-08-2024		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
9	SERGIO ANDRES ATENCIO GLORIA	1003655472	AYUDANTE	01-10-2024	20/10/2004	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
10	LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO	15620960	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	DLLO INT. CARTAGENA	COLFONDOS
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	ROINY DE HOYOS MARTINEZ	1127942655	AYUDANTE	01-10-2024	2/10/2024	SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
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 :	OCTUBRE DE 2024

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	1/10/2024	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	LUIS MELANIO MEJIA ALMANZA	15682936	AYUDANTE	01-10-2024	2/10/2024	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
11	MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ	1064309595	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	SOLIDARIA SALUD EPS	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 :	OCTUBRE DE 2024

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	19/10/2024	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 :	**OCTUBRE DE 2024**

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**	14/10/2024	SURA	EPS FAMILIAR	COLFONDOS
2	ELMUTH TOUS PEÑATA	**73231900**	AYUDANTE	**1/09/2024**	1/10/2024	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	**MARCO EMILIO ATENCIO AVILA**	**1193556241**	**AYUDANTE**	**13-10-2024**		SURA	**NUEVA EPS S.A.**	**PORVENIR**
7	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	**1131108401**	AYUDANTE	**29-08-2024**		SURA	**EPS FAMILIAR DE COLOMBIA**	NINGUNA
8	**DUBAN ARIAS MADRID**	**1131104002**	**AYUDANTE**	**01-10-2024**		SURA	**EPS FAMILIAR DE COLOMBIA**	**PORVENIR**
9	**EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA**	**1131105563**	**AYUDANTE**	**16-10-2024**		SURA	**PROMOTORA DE SALUD**	**PORVENIR**
10	**ELIER JOSE NUÑEZ VILLALBA**	**1068737364**	**AYUDANTE**	**01-10-2024**		SURA	**PROMOTORA DE SALUD**	**COLPENSIONES**
11	**EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ**	**1007245394**	**AYUDANTE**	**01-10-2024**		SURA	**NUEVA EPS S.A.**	**COLPENSIONES**
12	**EZEQUIEL MATEO PICOTT CORREA**	**1193317178**	**AYUDANTE**	**13-10-2024**		SURA	**NUEVA EPS S.A.**	**PROTECCION**
13	**IVAN LOPEZ TORRES**	**1003656434**	**AYUDANTE**	**13-10-2024**		SURA	**NUEVA EPS S.A.**	**COLPENSIONES**
14	**JORGE LUIS MORELO MARTINEZ**	**1072523581**	**AYUDANTE**	**13-10-2024**		SURA	**NUEVA EPS S.A.**	**PROTECCION**
15	**JULIO ALBERTO COGOLLO HOYOS**	**1067852199**	**AYUDANTE**	**13-10-2024**	19/10/2024	SURA	**SOLIDARIA SALUD EPS**	**PORVENIR**
16	**JULIO CESAR PINZON HERNANDEZ**	**1131111625**	**AYUDANTE**	**13-10-2024**		SURA	**CAJACOPI ATLANTICO - CCF**	**PORVENIR**
17	**CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA**	**1005708765**	**AYUDANTE**	**01-10-2024**		SURA	**EPS FAMILIAR DE COLOMBIA**	**PORVENIR**
18	**LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS**	**1131109665**	**AYUDANTE**	**16-10-2024**		SURA	**NUEVA EPS S.A.**	**PORVENIR**
19	**DANIEL DARIO DIAZ PEREZ**	**1192749961**	**AYUDANTE**	**24/10/2024**		**SURA**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
20	**ARISTIDES CONEO MARQUEZ**	**15620652**	**AYUDANTE**	**24/10/2024**		**SURA**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
21								
22								
23								
24								
25								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

ARL | sura

Medellín, 12 de October 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 %		
C1064309595	MIRANDA HERNANDEZ MANUEL ENRIQUE	13/10/2024		127224U3	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 12/10/2024 19:30:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.137.252, 107.154.67.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.064.309.595**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Octubre 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.

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23464-00001258-SM

Fecha de Radicación: 23/02/2024

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

I. DATOS DE TRÁMITE

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			
MIRANDA	HERNANDEZ	MANUEL	ENRIQUE
7. Tipo de Documento de Identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de Nacimiento**
CC	1064309595	Femenino ( ) Masculino (X)	09/02/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo ( )	Condición ( )	0	9

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			
VEREDA SABANETA		3205332234	MARIAAVILAVERGARA4@GMAIL.COM
MOMIL	Zona: Urbana ( ) Rural (X)	MOMIL	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

Apellidos y Nombres			
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		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)
		Urban	Rural			
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

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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. 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 de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		13 / 10 / 2024

43. 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	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
Olnver Miranda	Jadit Yanes

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

ARL | sura

Medellín, 12 de October 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 %		
C1193317178	PICOT CORHEA EZEQUIEL MATEO	13/10/2024		154f118b	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 12/10/2024 19:32:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.137.252, 107.154.67.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PICOT CORREA EZEQUIEL MATEO** identificado(a) con **CC** número **1.193.317.178** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de marzo de 2020 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 15 de octubre 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

20241015091555

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
PICOT	CORREA	EZEQUIEL	MATEO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CN RC TI CE PA AS MS PE SC PT: X	1.193.317.178		M: X F:	29 03 2000

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
3215805472		MATHEUPICOT@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	CC CE TI PA NI: 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
13 10 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
Ezequiel Picot	Yudit Yany

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR [illegible] IMPRESORES NIT. 890316464-9 TEL. 720 41 19

REINGRESOS

ARL | sura

Medellín, 05 de October 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 %		
C1072523581	MORELO MARTINEZ JORGE LUIS	06/10/2024		141444'1	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 05/10/2024 08:42:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.183.238, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORELO MARTINEZ JORGE LUIS** identificado(a) con **CC** número **1.072.523.581** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de enero 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 05 de octubre 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

2024100508592

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

REINGRESOS

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
MORELO	MARTINEZ	JORGE	LUIS

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.072.523.581		X	25 08 1987

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**
3005623823		jorgemorelo@gamil.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
06 10 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

Jorge Morelo
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

[signature]
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

VIGILADO Supersalud

ARL | sura

Medellín, 05 de October 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 %		
C1003367668	AVILA FLOREZ DIYER JOSE	06/10/2024		17722632	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 05/10/2024 08:38:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.183.238, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
AVILA	FLOREZ	DIYER	JOSE

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC: X	1.003.367.668		M: X	17 06 1987

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
3145800871		diyeravila@gamil.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	NIT: 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
06 10 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 prestación de servicio
Diyer Avila Florez	Leudit Yaver

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR: [illegible] NIT 900.156.264-2 TEL: 7[illegible]

REINGRESOS

ARL | sura

Medellín, 12 de October 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 %		
C1193556241	ATENCIO AVILA MARCO EMILIO	13/10/2024		253t215i	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 12/10/2024 19:35:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.137.252, 107.154.67.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

MARCO EMILIO ATENCIO AVILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.556.241**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
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
ATENCIO	AVILA	MARCO	EMILIO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC [X] TI RC CE PA AS MS PE	1.193.556.241		M [X] F	21 11 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
3104600561		MARCOATENCIO4@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	CC TI RC CE [X] PA AS MS PE	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
13 10 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
Marco Atencio	Jaudit Yaner

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR: IMPRESORES NIT. 900.518.444-8 TEL. 755 01 19

REINGRESOS

ARL | sura

Medellín, 05 de October 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 %	
C1193543998	BRAVO CASTRO YEINER	06/10/2024		59150215	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 05/10/2024 08:33:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.183.238, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

YEINER BRAVO CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.543.998**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Octubre 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.

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
BRAVO	CASTRO	YEINER	

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC: X	1.193.543.998		M: X	15 / 09 / 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
3005623823		YEIBRAVO.15@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	NIT: 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
06 / 10 / 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
Yeiner Bravo	Sandra Yomu

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR: [illegible] IMPRESORES NIT. 900.316.855-9 TEL. 729 41 15

REINGRESOS

609

ARL | sura

Medellín, 12 de October 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 %	
C15620960	RIVERA GARRIDO LEONARDO FABIO	13/10/2024		h4614015	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 12/10/2024 19:22:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.137.252, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Tramite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] 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 [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
RIVERA	GARRIDO	LEONARDO	FABIO
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	15.620.960	Femenino [ ] Masculino [X]	04 03 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Portador VIH/SIDA	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]		

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

18. Residencia			
CRA 5 # 8-32		3148941597	leonardorivera@gmail.com
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona		Localidad/Comuna	Departamento
COVEÑAS	Urbana [X]	Rural [ ]	BELLAVISTA	SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugue 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
01				
02				
03				
04				
05				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Condición	
			F	N	M	I	P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	
01						
02						
03						
04						
05						

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

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

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

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42 Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		13102024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Leonardo Rivera	Leydit Yaver

IX. ANEXOS

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de 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 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 los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la 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 (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número 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.

ARL | sura

Medellín, 15 de October 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 %		
C1131105563	ARRIETA PATERMINA EDUARDO DE JESUS	16/10/2024		173IS169	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 15/10/2024 11:20:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.140.169, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA, Identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.105.563**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Octubre 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013462837	1|6|1|0|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

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

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ARRIETA (Primer apellido)	PATERNINA (Segundo apellido)	EDUARDO (Primer nombre)	DE JESUS (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1131105563	Femenino ☐ Masculino ☒	0|7|0|1|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 19 5 28	7743456	3003651995	EDUARDORIETA@GKAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres

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

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoria de discpacidad	Condición	
				T	P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona				Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural			
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	TOLUSALUD CP - TOLUSALUD CP	TOLUSALUDD - TOLUSALUDD
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441	01

39.Ubicación				
CL 42 7 40 LAURELES (Dirección)	7723566 (Teleéfono)	LEU.1973@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/distrito)	CORDOBA (Departamento)

No de Radicacion
4013462837

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|6|1|0|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Eduardo Arrieta	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

ARL | sura

Medellín, 12 de October 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 %		
C1131111625	PINZON HERNANDEZ JULIO CESAR	13/10/2024		45311463	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 12/10/2024 19:33:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.137.252, 107.154.67.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

JULIO CESAR PINZON HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.111.625**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Octubre 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.

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva 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 B. Cabeza de familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
PINZON	HERNANDEZ	JULIO	CESAR
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Nº del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Estado Civil	EPS anterior
CC	1.131.111.625	Femenino Masculino X	0 4 0 4 1 9 9 9	SOLTERO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso Anual Gravable - IBC
SURA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CALLE 2 # 3-141		3217410038	juliot01@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
COVEÑAS	Urbana X Rural	GUAYABAL	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. Nº del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Dirección
		Femenino Masculino		

Municipio/Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular
	Rural Urbana				

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	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: L	N	M	Condición: T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona: U	R	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento

42. EPS Anterior

44. Motivo de Traslado
Código

42. Fecha 13102024

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o representante legal

Julio Penzon H

55. El empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

Jaudit Perez

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN ( ) TI ( ) PA ( ) CD ( ) Total ( )
RC ( ) CC ( ) CE ( ) SC ( )

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 del acta administrativa 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 DD MM AAAA

69. Fecha de Validación DD MM AAAA

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario	

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

ARL | sura

Medellín, 30 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 %		
C1131108476	JULIO MILLAN MANUEL DE JESUS	01/10/2024		14210321	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 12:08:11 .
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

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: JULIO	Segundo apellido: MILLAN	Primer nombre: MANUEL	Segundo nombre: DE JESUS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.131.108.476	Femenino [ ] Masculino [X]	01 05 1993

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: CRA. 13A # 17-5	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3116862127	Correo electrónico: juliomanuel23@gmail.com
Municipio/Distrito: COVEÑAS	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	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	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

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: MONT. CORDOBA	Departamento

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

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 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 D D M M A A A A
					0 1 0 2 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.
- [X] 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.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales , de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

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		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

ARL | sura

Medellín, 12 de October 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 %		
C1067852199	COGOLLO HOYOS JULIO ALBERTO	13/10/2024		18624524	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 12/10/2024 19:27:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.137.252, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

JULIO ALBERTO COGOLLO HOYOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.852.199**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Octubre 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.

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23001-00027516-SM

Fecha de Radicación: 23/10/2024

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	5. Tipo de Cotizante	
A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( )	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			
COGOLLO	HOYOS	JULIO	ALBERTO
7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1067852199	Femenino ( ) Masculino (X)	29/09/1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo ( )	Condición ( )	0	9

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				
RANCHO GRANDE		3247890561	FLOREZPABLITO123-+87@HOTMAIL.COM	
MONTERIA Municipio/Distrito	Zona	Urbana (X) Rural ( )	SANTA CLARA 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			
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			Condición	
			Tipo F	Tipo N	Tipo M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 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 de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 3 1 0 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

- [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	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
Julio Cogollo	Yenit Yanes

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 (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

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

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	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

ARL | sura

Medellín, 30 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 %		
C1131104002	ARIAS MADRID DUBAN	01/10/2024		22163184	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 11:07:56 .
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

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:

DUBAN ARIAS MADRID, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.104.002**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Octubre 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.

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: ARIAS	Segundo apellido: MADRID	Primer nombre: DUVAN	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1.131.104.002	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de Nacimiento: 04 07 2001

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: CRA. 2 # 1-52	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3218102835	Correo electrónico: DUBANARIAS@gmail.com
Municipio/Distrito: COVEÑAS	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna: EL REPARO	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 (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	25. Tipo de documento de identidad	25. Número del documento de identidad	26. Sexo: Femenino / Masculino	27. Fecha de Nacimiento (D D M M A A A A)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios

	28. Parentesco	29. Etnia	30. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	31. Dirección de residencia	32. Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	33. Departamento	34. Teléfono Fijo y/o celular	35. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	36. 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

37. Nombre o razón social	38. Tipo de documento de identificación	39. Número del documento de identificación	40. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

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

- ORIGINAL EPS -

VIGILADO Supersalud

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 D 1 1 0 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.
- [X] 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.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales , de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Duvan Arias
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

ARL | sura

Medellín, 12 de October 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 %		
C1003656434	LOPEZ TORRES IVAN	13/10/2024		24213121	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 12/10/2024 19:24:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.137.252, 107.154.67.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **IVAN LOPEZ TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1003656434,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de octubre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
LOPEZ	TORRES	IVAN	

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.003.656.434		X	24 05 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**
3012688453		ivanlopez34@gamil.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
13 10 2024	OFICIAL DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

IVAN LOPEZ
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Leydi.t Flores
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

VIGILADO Supersalud
REINGRESOS

ARL | sura

Medellín, 30 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 %	
C1005708765	SIERRA ZUÑIGA CAMILO ANDRES	01/10/2024		248Z2032	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 11:31:43 .
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

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:

CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.708.765**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre 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.

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 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			
SIERRA	ZUÑIGA	CAMILO	ANDRES
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	1.005.708.765	Femenino [ ] Masculino [X]	0 3 0 2 1 9 9 7

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. 3A # 7-5		3245411430	camilo65@gmail.com
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico

	Zona			
COVEÑAS	Urbana [X]	PUNTA SECA	SUCRE	
Municipio/Distrito	Rural [ ]	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	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	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

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	MONT. CORDOBA	
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

- ORIGINAL EPS -

VIGILADO Supersalud

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 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 D D M M A A A A: 0 1 0 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.
- [X] 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.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales , de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Aquilo Sierra
54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario

Leidi Yanet
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

ARL | sura

Medellín, 15 de October 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 %		
C1131109665	SEPULVEDA AGUAS LUIS EDUARDO	16/10/2024		14323413	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 15/10/2024 14:18:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.140.169, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.109.665**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Octubre 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.

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
SEPULVEDA	AGUAS	LUIS	EDUARDO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC: X	1.131.109.665		M: X / F:	30 06 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
3023885636		luis sepulveda@gamil.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	NIT: 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
16 10 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
Luis Sepulveda	

VIGILADO Supersalud

REINGRESOS

ARL | sura

Medellín, 30 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 %	
C1003655472	ATENCIO GLORIA SERGIO ANDRES	01/10/2024		22020524	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 12:01:14 .
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

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:

SERGIO ANDRES ATENCIO GLORIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.655.472,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
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
ATENCIO	GLORIA	SERGIO	ANDRES

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CN MA RC TI X CE SC PA CO PE AS PT	1.003.655.472		M X	16 09 1999

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN MA RC TI X CE SC PA CO PE AS PT

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**
3235048255		SERGIOATENCIO@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	CN MA RC TI X CE SC PA CO PE AS PT	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
01 10 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
Sergio Atencio	Yenedith Yanes

VIGILADO Supersalud

635

ARL | sura

Medellín, 30 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 %		
C15682936	MEJIA ALMANZA LUIS MELANIO	01/10/2024		K36HR144	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 10:57:45 .
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

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:

LUIS MELANIO MEJIA ALMANZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.682.936,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Octubre 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.*

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
MEJIA	ALMANZA	LUIS	MELANIO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC:	15.682.936		M: X F:	23 08 1973

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC: 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**
3234191676		LUISMEJIA36@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	39. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT: 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
01 10 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
luis mejia	Leidit Yaner

VIGILADO Supersalud

638

ARL | sura

Medellín, 30 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 %	
C1007245394	VILORIA SUAREZ EUCEBIO ANTONIO	01/10/2024		47169152	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 11:53:54 .
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

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 **EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007245394,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2024** 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 octubre 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.

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
VILORIA	SUAREZ	EUCEBIO	ANTONIO

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.007.245.394		X	12 02 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**
3242196303		EUCEBIOVILORIA@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
01 10 2024	AYUDANTE DE OBRA	1.300.000

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Eusebio Viloria	Leidis Pomer

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR

641

REINGRESOS

ARL | sura

Medellín, 30 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 %		
C1127942655	DE HOYOS MARTINEZ ROINY	01/10/2024		13419812	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 11:03:51 .
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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ROINY DE HOYOS MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.127.942.655,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 1 de Octubre 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013389767	0|4|1|0|2|0|2|4

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

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

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

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

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
DE HOYOS (Primer apellido)	MARTINEZ (Segundo apellido)	ROINY (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1127942655	Femenino ☐ Masculino ☒	2|2|0|8|1|9|8|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 69 CL 27 30	7765423	3216776561	ROINYDEHOYOS@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición	
				T	P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona				Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural			
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS BEILLIN - VS BEILLIN	VSBEILLIN - VSBEILLIN
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441	01

39.Ubicación				
CL 42 7 40 LAURELES (Dirección)	7743455 (Teléfono)	LEU.1973@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/distrito)	CORDOBA (Departamento)

No de Radicacion
4013389767

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|1|1|0|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Roimy de Hoyos	Lucy Yunez
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

ARL | sura

Medellín, 24 de October 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 %	
C1007245348	DIAZ ZARZA ADRIAN JOSE	25/10/2024		18217401	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 24/10/2024 16:55:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.174.150, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

ADRIAN JOSE DIAZ ZARZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.245.348**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Octubre 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.

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo 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 B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombre			
DIAZ	ZARZA	ADRIAN	JOSE
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
CC	1.007.245.348	Femenino Masculino X	24/05/1998	SOLTERO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo	Genero	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
CRA 3 #3-72		3043788518	adriandias919@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbano / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
COVEÑA		CALLE LOS MOGOLLONES	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. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino Masculino		

Municipio/Distrito	Zona: Urbano / Rural	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	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
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					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: F	N	M	Condición: T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		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 (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante (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	MONTERIA	CORDOBA

Vigilado Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo 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 complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reinscripción en la EPS.
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte 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 REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento 42. Fecha 25 10 2024
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Adrian Diaz

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Yenliz Yanes

55. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad: CN TI PA CD Total:

RC CC CE SC

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 del acta administrativa 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
Código del Municipio / Código del departamento	Número de Ficha / Puntaje / Nivel	69. Fecha de Validación

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario	

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

ARL | sura

Medellín, 24 de October 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 %	
C1014658274	HERNANDEZ MUENTES JHOAN	25/10/2024		T2617218	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 24/10/2024 17:00:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.174.150, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **JHOAN HERNANDEZ MUENTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1014658274,** se encuentra afiliado/a desde **25/10/2024** 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 26 de octubre de 2024.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 25/10/2024, el empleador CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE identificado con NIT número 901811441 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7835489	25/10/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1014658274	JHOAN HERNANDEZ MUENTES	1300000	AYUDANTE DE OBRA	2024-10-25

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Octubre del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 23 de October 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 %		
C1192749961	DIAZ PEREZ DANIEL DARIO	24/10/2024		T2402022	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/10/2024 16:05:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.178.5, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **DANIEL DARIO DIAZ PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1192749961,** se encuentra afiliado/a desde **24/10/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de octubre 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.

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia; Beneficiario o afiliado adicional B. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (si registra por la EPS)
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombre			
DIAZ	PEREZ	DANIEL	DARIO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	1.192.749.961	Femenino Masculino X	03 07 2002 (D D M M A A A A)	SOLTERO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo (F S 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: PARCELA LOS ALGARROBOS	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3134294349	Correo Electrónico: jaimecarrascal144@gmail.com
Municipio/Distrito: COVEÑA	Zona: Urbana / Rural	Localidad / Corregimiento: PARCELA LOS ALGARROBO	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. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Dirección
		Femenino Masculino		

Municipio/Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	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
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 (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: F	N	M	Condición: T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona: U	R	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		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 (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

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

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

Vigilado Supersalud

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo 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 complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reinscripción en la EPS.
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte 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 REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	42. Fecha de nacimiento: 24 10 2024

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Daniela Diaz

54. El cotizante, cabeza de la familia o Beneficiario

Jeidi Yanu

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad: CN TI PA CD Total:
RC CC CE SC

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 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. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del Funcionario	

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

ARL | sura

Medellín, 23 de October 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 %
C15620652	CONEO MARQUEZ ARISTIDES	24/10/2024		164r132o	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/10/2024 16:08:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.178.5, 192.230.104.5, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 **ARISTIDES CONEO MARQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15620652,** 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 23 de octubre 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/10/2024, el empleador CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE identificado con NIT número 901811441 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7829812	24/10/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15620652	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	1300000	AYUDANTE DE ALBA?ILERIA	2024-10-24

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

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 30 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 %	
C1131107550	DURANGO ESPITIA KENYA PATRICIA	01/10/2024		17014215	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 10:50:14 .
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

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 **KENYA PATRICIA DURANGO ESPITIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1131107550,** se encuentra afiliado/a desde **23/03/2012** 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 01 de octubre 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.

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
DURANGO	ESPITIA	KENYA	PATRICIA

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RÉGIMEN	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
CC: X	1.131.107.550		M: X F:	15 12 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**
3144559410		KENIADURANGO@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	NIT: 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
01 10 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 prestación de servicio
Kenya Durango	Leidit Yaner

VIGILADO Supersalud

662

ARL | sura

Medellín, 30 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 %	
C1068737364	NUÑEZ VILLALBA ELIER JOSE	01/10/2024		23021612	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/09/2024 10:55:09 .
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

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 septiembre DE 2024, del personal dependiente e independiente del Contrato de Obra No LP-018-2023, CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE. dentro de los términos de ley de conformidad con las normas vigentes, según Ley 789 de 2002 Artículo 50 y Ley 828 de 2005 Artículo 1.

Se expide el presente certificado el día 30 de octubre 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
2024-09	2024-10	2024100914544924122	9475213061	E	2024/10/09	2024/10/09	BANCO AV VILLAS	0	$33,114,700

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	Días	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	3	$130,000	$20,800	CCFC33	3	$130,000	$5,200	CCF41	3	$130,000	$5,200	14-11	3	$130,000	$9,100	3	$0	$0	Si	$40,300
2	CC	15621529	BANQUET JHON																		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
3	CC	15725762	BARRERA DIEGO																		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
4	CC	1007663238	BARRETO JAVIER																		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
5	CC	92230393	BARRIOS JULIAN	X																	230301	27	$1,170,000	$187,200	EPS041	27	$1,170,000	$46,800	CCF41	27	$1,170,000	$46,800	14-11	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
6	CC	1104867738	BLANQUICETT CARLOS																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	30	$1,300,000	$52,000	CCF41	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
7	CC	1003655506	BRAVO JUAN		X																230301	6	$260,000	$41,600	EPS041	6	$260,000	$10,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
8	CC	1047043732	CANTILLO JORGE																		231001	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
9	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
10	CC	1007245363	CARDENAS JEAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	30	$1,300,000	$52,000	CCF41	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
11	CC	78076914	CARRASCAL JAIME	X																	230301	6	$260,000	$41,600	CCFC55	6	$260,000	$10,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
12	CC	1073809586	CAUSIL OSCAR																		230201	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
13	CC	92640310	CHAMORRO JAIDER																		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
14	CC	1131104488	CONEO ELIECER	X																	25-14	27	$1,170,000	$187,200	CCFC33	27	$1,170,000	$46,800	CCF41	27	$1,170,000	$46,800	14-11	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
15	CC	1131108111	CONTRERAS LUIS																		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
16	CC	11033215	CORREA JUAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	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	1192777765	CORREA JUAN																		230201	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
18	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
19	CC	92517051	CRUZ VICTOR																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS002	30	$1,600,000	$64,000	CCF41	30	$1,600,000	$64,000	14-11	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
20	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
21	CC	1067400596	DE AGUSTIN WILLIAM																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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
22	CC	72215503	DIAZ ENOC																		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
23	CC	8772760	DOMINGUEZ MANUEL																		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
24	CC	1064310879	DORIA IVAN																		25-14	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
25	CC	15034491	DORIA JOHNNY																		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
26	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
27	CC	1010092215	ESPAÑA ANDRES																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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
28	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
29	CC	73432693	FERNANDEZ PEDRO	X																	230201	6	$260,000	$41,600	ESSC07	6	$260,000	$10,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
30	CC	92539319	FUENTES EVER																		230201	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
31	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
32	CC	1072529244	FUENTES KEVIN																		230201	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
33	CC	1005708729	GARAY HUGO																		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
34	CC	1193142465	GARAY IVAN																		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
35	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

aportes en línea

Planilla Resumen

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	15682314	GARZON JORGE	X																	230301	27	$1,170,000	$187,200	CCFC55	27	$1,170,000	$46,800	CCF41	27	$1,170,000	$46,800	14-11	27	$1,170,000	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
37	CC	11154441	GOMEZ ADALBERTO																		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
38	CC	1007245339	GONZALEZ KENER																		230201	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
39	CC	8741258	HERNANDEZ JOSE																		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
40	CC	1003561521	HERNANDEZ YEINER																		25-14	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
41	CC	78704837	HERRERA HOVER	X																	230301	25	$1,083,334	$173,400	ESSC07	25	$1,083,334	$43,400	CCF41	25	$1,083,334	$43,400	14-11	25	$1,083,334	$75,500	25	$0	$0	Si	$335,700
42	CC	1131110865	INSIGNARES JUAN																		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
43	CC	1007245223	JARABA ALBERTO		X																230301	6	$260,000	$41,600	EPS041	6	$260,000	$10,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
44	CC	1005708413	LADEUS YOJARIS	X																	230201	6	$260,000	$41,600	EPS010	6	$260,000	$10,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$260,000	$18,100	6	$0	$0	Si	$80,500
45	CC	1131108805	LADEUTH LUIS																		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	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
46	CC	1072522613	MALARIAGA CRISTIAN																		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
47	CC	1116615548	MANJARRES ALVARO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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
48	CC	1007564070	MANJARRES RICARDO																		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
49	CC	1131107808	MARQUEZ PEDRO																		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
50	CC	1005708736	MENDOZA 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
51	CC	1005708548	MESTRA CARLOS	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
52	CC	1151188615	MIRANDA WUADITH		X																230301	8	$346,667	$55,500	CCFC33	8	$346,667	$13,900	CCF41	8	$346,667	$13,900	14-11	8	$346,667	$24,200	8	$0	$0	Si	$107,500
53	CC	85083707	MONSALVO HEYNER																		231001	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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
54	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
55	CC	1129504510	MONTERROZA DANIEL																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	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
56	CC	1072529607	MORENO GABRIEL																		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
57	CC	50988098	MURILLO DIANA		X																25-14	7	$303,334	$48,600	MIN002	7	$303,334	$12,200	CCF41	7	$303,334	$12,200	14-11	7	$303,334	$21,200	7	$0	$0	Si	$94,200
58	CC	92229029	MURILLO PEDRO																		231001	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
59	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
60	CC	11000373	PALMERA ROMULO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	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
61	CC	78030594	PALOMINO DANIEL																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF41	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
62	CC	1005708688	PERALTA GERMAN																		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
63	CC	1072522158	POSSO JULIO																		230201	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	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
64	CC	78717284	PRADA HELIODORO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	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
65	CC	1131110304	RAMOS GUSTABO																		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
66	CC	18857561	RAMOS JAIRO																		231001	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
67	CC	1131111481	RAMOS JUAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	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	1131104839	RAMOS MIGUEL																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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	78034012	RAMOS OSCAR																		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
70	CC	1005708714	RINCO EDER																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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
71	CC	1193043889	RODRIGUEZ ABRAHAM																		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
72	CC	1067855135	SALGADO IVAN																		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
73	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
74	CC	78700868	SARMIENTO CARLOS	X																	231001	26	$1,126,667	$180,300	EPS048	26	$1,126,667	$45,100	CCF41	26	$1,126,667	$45,100	14-11	26	$1,126,667	$78,500	26	$0	$0	Si	$349,000
75	CC	1003395473	SIBAJA LUISA																		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
76	CC	1131106681	SIERRA CARLOS																		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
77	CC	1131104278	SIERRA KEVIN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	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
78	CC	1007245380	SUAREZ ANI																		230201	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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

79	CC	1131104539	SUAREZ YOFRAN	X																	230201	30	$1,300,000	$208,000	MIN002	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
80	CC	1131108265	TARRAS JESUS																		231001	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	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	15029586	TOBAR MANUEL																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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
82	CC	73231900	TOUS HELMUTH	X																	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
83	CC	15619367	TOUS YOVANNY	X																	231001	28	$1,213,334	$194,200	CCFC33	28	$1,213,334	$48,600	CCF41	28	$1,213,334	$48,600	14-11	28	$1,213,334	$84,500	28	$0	$0	Si	$375,900
84	CC	1131108401	URANGO OSWALDO																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	CCFC33	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
85	CC	8769402	VALENCIA ALDRIN																		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
86	CC	72212811	VALENCIA JARLIN																		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
87	CC	1003655340	VARGAS FAIDER	X																	230301	26	$1,126,667	$180,300	ESSC07	26	$1,126,667	$45,100	CCF41	26	$1,126,667	$45,100	14-11	26	$1,126,667	$78,500	26	$0	$0	Si	$349,000
88	CC	1131108085	VERGARA ALEXANDER																		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
89	CC	1131105153	YANEZ JESUS		X																25-14	7	$303,334	$48,600	EPS041	7	$303,334	$12,200	CCF41	7	$303,334	$12,200	14-11	7	$303,334	$21,200	7	$0	$0	Si	$94,200
90	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
91	CC	1131104030	ZUÑIGA JOHAN																		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
92	CC	1131108815	ZUÑIGA TOMAS		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
Total	Afiliados(92)																						$106,320,004	$17,011,600			$107,620,004	$4,305,200			$107,620,004	$4,305,200			$107,620,004	$7,492,700		$0	$0		$33,114,700

PLANILLA PAGADA

668

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
2024-09	2024-10	2024109145444924122	9475213061	E	2024/10/09	2024/10/09	BANCO AV VILLAS	0	$33,114,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				91	$17,011,600	$0	$0	$17,011,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	9	$1,862,500	$0	$0	$1,862,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	9	$1,532,400	$0	$0	$1,532,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	57	$10,808,700	$0	$0	$10,808,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	16	$2,808,000	$0	$0	$2,808,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				92	$7,492,700	$0	$0	$7,492,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	92	$7,492,700	$0	$0	$7,492,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				92	$4,305,200	$0	$0	$4,305,200
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	92	$4,305,200	$0	$0	$4,305,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 11)				92	$4,305,200	$0	$0	$4,305,200
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	7	$317,200	$0	$0	$317,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	7	$364,000	$0	$0	$364,000
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	14	$592,900	$0	$0	$592,900
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	5	$253,100	$0	$0	$253,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$62,400	$0	$0	$62,400
FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	MIN002	901,037,916	1	2	$64,200	$0	$0	$64,200
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	9	$410,900	$0	$0	$410,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	15	$780,000	$0	$0	$780,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	13	$504,500	$0	$0	$504,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	13	$688,000	$0	$0	$688,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	5	$268,000	$0	$0	$268,000
TOTAL				92	$33,114,700	$0	$0	$33,114,700

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	E EJECUTADO	PROGRAMADO	%CUMPLIMIENTO
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL INDUCCION- REINDUCCION - CAPACITACIONES																													
Induccion en SST y MA	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E E E E E E E																						14	82	17%
	E																													
Notificacion de riesgo a los que se esta expuesto en la ejecucion de las actividades.	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E E E E E E E																						14	82	17%
	E																													
Perfil sociodemografico a todo el personal de obra	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E E E E E E E																						14	82	17%
	E																													
Adecuado uso y cuidado de los Elementos de Protección Personal	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E																						1	1	100%
	E																													
Cultura de Autocuidado	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			E																					1	1	100%
	E																													
Que hacer en caso de un Accidente-linieas de emergencias	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal				E																				1	1	100%
	E																													
Socialización del manual de convivencia laboral	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal					E																			1	1	100%
	E																													
Estilos de vida y trabajo saludable sustancas psicoactivas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal						E																		1	1	100%
	E																													
Higiene postural y manejo de cargas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal							E																	1	1	100%
	E																													
Qué es el acoso laboral y medida preventivas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal						E																		1	1	100%
	E																													
Riesgos asociados al consumo de alcohol, droga y sustancias psicoactivas.	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal							E																	1	1	100%
	E																													
Agotamiento por calor - golpe de calor	G	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
	E																													
Procedimiento de Herramientas electricas, manuales y pequeños implementos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
	E																													
Proteccion partes del cuerpo: manos, oidos, ojos, pies etc	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
	E																													
Socialización del Plan de emergencias	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																									1	0%
	E																													
Manejo de Extintores de incendios	P	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencia de manejo de incendio																									1	0%
	E																													
Primeros auxilios	P	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencias de primeros auxilios.																									1	0%
	E																													
Socialización del procedimiento trabajo seguro alturas	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
	E																													
Capacitacionenquesesinciidente ,accidenteyenfermedad laboral y la forma como se debe reportar.	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
	E																													
Socializacion de fichas tecnicas de sustancias químicas	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
	E																													
Capacitacion del COPASST	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
	E																													
Medidas de prevencion - mordedura de culebra	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
	E																													
CapacitacionSeguridadvial,medidaspreventivasenlaconduccion, uso del cinturon de seguridad .	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																									1	0%
	E																													

Riesgo en excavaciones y sus controles	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%		
	E								
Capacitacion Uso e importancia de los EPP y la dotacion	P	según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
Socializacion de puntos de atencion medica en caso de accidente y entrega de medicamentos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
Importancia de la señalizacion preventiva en obra	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%		
	E								
Capacitacionenriesgobiologico ,picaduras,mordeduraside animales	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%		
	E								
Primeros auxilios de desmayo	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
importancia de la inspeccion de equipos contra caida - como hacerla	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%		
	E								
riesgo de exposicion al ruido y proteccion auditiva	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%		
	E								
importancia de la realizacion de las pausas activas o relajacion	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%		
	E								
Normas de seguriad para conduccion de vehiculos y maquinaria	P	Programada	ENCARGADO SST	conductores y operadores		1	0%		
	E								
Como idententificar actos y condiciones inseguras	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
Riesgos fisicos (ruido, vibraciones)	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
manejo de maquinaria, equipos y vehiculos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
Los riesgos del exceso de confianza	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
Funciones del Comité de convivencia Laboral y como hacer un comité eficaz.	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
Riesgos Eléctricos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
Riesgos Eléctricos y andamios	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%		
	E								
					TOTAL	50	283	18%	
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

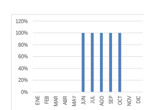
FIRMA ESPECIALISTA:		FIRMA REP. LEGAL	
NOMBRE	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	NOMBRE	Nayalibe Eljach Manjarrez

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	Establecer, implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que permita prevenir accidentes 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	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 polilticas, 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*										1					
		actas de reunion del CCL	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*										E*					
		Actas de reunion del COPASST	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 politica 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*										1					
		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	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*										1					
		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*										1					
		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*										1					
		Realización del inventario y/o actualizaciónde los equipos, herramientas maquinas , señalizacion asignadas al proyecto							P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
									1	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	1					
		Establecer controles de los peligros identificados.	P*						P*		P*		P*		P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1		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*										1					
		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	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*										1					
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*			Adminsitradora /profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*										1					
		TOTAL PROGRAMADO		0	0	0	0	0	12	14	8	15	15	8	10			
		TOTAL EJECUTADO		0	0	0	0	0	12	14	8	8	15	0	0			

MEDICIÒN Y SEGUIMIENTO

PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO																GRAFICA
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	8	15	8	10	75	
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0	12	14	8	8	15	0	0	57	
		RESULTADO						100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	76%	
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	

NAYALIBE ELJACH MANJARREZ	[firma]	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	[firma]
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	Sergio Andrés Atencio Gloria.			
Nº de Identificación	1003655472.			
Cargo	Ayudante		Fecha	9-10-2024
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) Sergio Atencio

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Yerner Bravo Castro.			
Nº de Identificación	1193543998.			
Cargo	Ayudante		Fecha	9-10-2024
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) Yerner Bravo C

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Carlos Andres Sierra Zuñiga			
Nº de Identificación	1005708765.			
Cargo	Ayudante		Fecha	09/10/2024.
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?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny Garay
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Carlos Sierra Z

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Jorge Luis Morelo Martinez			
Nº de Identificación	1072523581			
Cargo	Ayudante		Fecha	09/10/2024
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?:	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny Gray
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Gray
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Jorge Luis

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Dyer José Avila Florez.			
Nº de Identificación	1003367668.			
Cargo	Ayudante		Fecha	09/10/2024.
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

Dyer José Avila

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Dyer José Avila

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Manuel de Jesús Julio Millán.			
Nº de Identificación	1131108476			
Cargo	Ayudante		Fecha	09/10/2024.
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	
☑ Examenes 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 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	Duvan Arias Madrid.			
Nº de Identificación	1128104002			
Cargo	Ayudante	Fecha	09/10/2024.	
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 G. 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) Duvan Arias.

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Julio Cesar Pinzón Hernandez			
Nº de Identificación	1131111625.			
Cargo	Ayudante		Fecha	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
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 Garay 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 _____

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Eusebio Vilora Suarez.			
Nº de Identificación	1007245394.			
Cargo	Ayudante		Fecha	09/10/2024.
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 Garay Nombre del Coordinador o auxiliar SST
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	Stephanny Garay Firma
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X Eusebio

OBSERVACION:

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

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NOTIFICACION DE RIESGO	VERSION 1 COD. SST. F-003 PAG 1 DE 2

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA DE NOTIFICACION	9-10-2024	NUMERO DE TRABAJADORES NOTIFICADOS:	9
ACTIVIDAD:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL		

TAREA PRINCIPAL SEGÚN CARGO:

CARGO	TAREAS	CARGO	TAREAS
Ayudante	Ayudante /obra.		

RIESGOS		EFECTOS POSIBLES A LA SALUD	MEDIDAS / SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL EXISTENTES	MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR
DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN			
[redacted]rficies de trabajo inadecuadas	Condiciones de Seguridad	Contusiones Esguinces y torceduras Golpes Fracturas Raspones Caídas al mismo nivel Cortadas	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Atrapamientos entre máquinas en movimiento, cuando se abastece la mezcladora	Condiciones de Seguridad	Atrapamiento, fracturas, amputación,	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programacion de exámenes ocupacionales
Accidentes (Volcaduras, Atropellamiento y/o aplastamiento)	Condiciones de Seguridad	Golpes Fracturas Heridas Contusiones Muerte	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulación de Objetos Corto punzantes	Condiciones de Seguridad	Heridas Laceraciones	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Contactos con bacterias y hongos por las aguas estancadas.	Biológico	Mareos, vómitos, alergias, afecciones en la piel y del Sistema Respiratorio	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2 (contacto directo entre personas, contacto con objetos contaminados)	Biológico	Enfermedad COVID-19, Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, que puede ocasionar enfermedad pulmonar crónica, neumonía o muerte.	Esquema completo de vacunacion Capacitación frente al riesgo Lavado de manos frecuente Distanciamiento físico Hidratación constante del personal Disposición de insumos para la desinfección (Alchol, hipoclorito, detergente, jabon)	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
[redacted]nipulación de cargas por encima de 25 kg	Biomecánico	Fatiga muscular Lesiones osteomusculares Hernias Discales	Charlas de Seguridad Realización de exámen medico ocupacional Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Vibraciones cuerpo entero	Físico	En columna vertebral: Lumbalgias, espondilitis, osteocondilitis intervertebral, calcificación de discos, etc. Aparato digestivo: Hemorroides, enfermedades gástricas. Aparato urogenital: Prostatitis, hematuria Visión: Pérdida de agudeza visual. Comportamiento: Retardo en el tiempo de reacción, menor habilitad manual, irritación nerviosa Síndrome de Raynaud	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Ruido Continuo originado por (Máquina cortadora - Taladro Retroexcavadora)	Físico	Fatiga Desconcentración Disconfort	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales

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

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

NOMBRE DEL TRABAJADOR	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
Eusebio Vibrio	1007245394	Ayudante	Eusebio
Julio C Pinzon	1131 141 625	Ayudante	[illegible]
Sergio A. Atencio	1003655472	Ayudante	Sergio Atencio
Yeiner Bravo Castro	1193 543 998	Ayudante	Yeiner Bravo C
Camilo Sierra Z.	1005 708 765	Ayudante	Camilo Sierra
[illegible]	1131108476	Ayudante	[illegible]
Duvan Arias Madrid	1137001002	Ayudante	[illegible]
Dilan Jose Avila	1002387668	Ayudante	[illegible]
Jorje Luis Morelo M	1072523581	AYUdante	[illegible]

RESPONSABLES	INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOCIALIZA	
	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
CORDINADOR SST	[illegible]	[illegible]
AUXILIAR SST	Stephanny Garay	Stephanny Garay

Anexo 7, Capacitaciones SST

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	23/10/2024	DURACIÓN:	20 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ☑ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Peso laboral y Medidas preventivas Trabajo Saludable, Sustancias Spicoactivas.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Kevin David Sierra Zuñiga	obrero		Kevin Sierra
2	Pedro Martinez Palomino	obrero		Pedro Martinez P.
3	Carlos Mario Siena Bello	Obrero		
4	Abraham Rodriguez	Obrero		
5	Juan Carlos Higuinos	Obrero		
6	OSCAR CAUSIL	OF		
7	Kener Gonzalez	Obrero		Kener Gonzalez
8	Ivan Dario Garay Gloria	obrero		
9	Jose Suarez Bello	obrero	Sertet	Jose Suarez Bello
10	Pedro Murillo	obrero		
11	Jairo Tremor Rodelgo	obrero		Jairo
12	Johnny Garcia	Obrero		Johnny
13	Yenet Hernandez	Obrero		Yenet Hernandez
14	Juan Sebastian Zuñiga	obrero		
15	Daniel Montesinos	Obrero		
16	Diego Barrera	Oficial		
17	Enel Fuentes Acuña	oficial		Enel Fuentes A.
18	Eusebio Viloria	ayudante		Eusebio
19	Juan David Ramos Diaz	Obrero		
20	KENIA DURANGO ESPITIA	obrero		
21	Jaider Guzman	Ofim		Jaider GM
22	William Hernandez	Obrero		
23	Manuel Tobar Correa	oficial		
24	Juan Lopez Suarez	oficial		
25	Carlos Sarmiento	Oficial	#2	
26				
27	Hugo Garay	obrero		Hugo Garay
28	Wilfrido Mateus	Obrero		Wilfrido
29	OMAR CARDENAS B.	Obrero		OMAR CAS.
30	CARLOS ANDRES	Mestiza		CARLOS
31	Angel Guerra	obrero		
32	Osvaldo Urango	Oficial		Osvaldo
33	Julian Barrios.	obrero		Julian Barrios.

Stephanny Garay
RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	23/10/2024	DURACIÓN:	20 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN	
☑ CAPACITACIÓN	Acto laboral y Medidas Preventivas.
☐ ENTRENAMIENTO	Trabajo Saludable, Sustancias Spicoactivas.
☐ REUNIÓN	
☐ ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Alexander Vergara	Obrero		
2	Luis Arbeláez	Obrero		
3	Ezequiel Ricaft Correa.	Obrero		
4	Faider Vargas Ledesma	Obrero		
5	Endry Rivera Rangel	Obrero		
6	Carlos Hdarga = ledesma	Obrero		
7	Edwin Jiménez	Maestro		
8	Jorge Eliecer Gaston	Plomero		
9	David Polo M	Plomero		
10	Yulieth Salcedo Mena	Interventor		
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny Garay
RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	16/10/2024	DURACIÓN:	10 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ☑ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Higiene postural y Manejo de Cargas.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Kenya Nuñez Espitia	Ayudante de obra		Kenya N.
2	Daniel Monterroza	obrero		
3	Alexander Verbara	obrero		Alexander
4	Jhon Camargo	Oficial		
5	Eduardo Palmera	Maestro		
6	Diego Barrera	Oficial		Diego
7	Erick Fuentes Acosta	Oficial		Erick Fuentes A.
8	Jesus Cristo Benitez Barrios	Herrero		Jesus
9	Julio Pinzon Hernandez	Ayudante		
10	Manuel Jose Jaramillo	Ayudante		
11	Carlos Sierra	Obrero		
12	Sergio Atencio	ayudante		Sergio Atencio
13	Cesar Illiana	obrero		Cesar Illiana
14	Eusebio Viloria	ayudante		Eusebio
15	Manuel Tobar correa	oficial		
16	Juan Lopez Tovar	oficial		
17	Pedro Martinez Peretino	obrero		Pedro Martinez
18	Jaider cuamano	OFICIAL		Jaider cm
19	Carlos Blanquicett Rivera	Obrero		Carlos Blanquicett
20	Jhs Sierra	Obra		Jhs
21	Jaider Vargas Lopez	Obrero		Jaider Vargas
22	Jose Enrique Peluffo Jure	Obrero		
23	Yeiner Bravo Castro	Obrero		Yeiner Bravo C
24	Juan Pablo Tordoya	Obrero		
25	Gabriel Moreno Licona	Obrero		
26	Jorge Luis Marcelo	ATY		
27	Jorge Carulla	Obrero		
28	Ani Isa Suarez Morales	Obrero		Ani Isa
29	Pedro Fernandez	oficial		
30	Efrain Dario	oficial		efrain Dario
31	Julio Posso	obrero		Julio Posso
32	Dexy Anita Flores	Ayudante		
33	Flavio Rivera	Oficial		

Stephanny Garay
RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	6/10/2024.	DURACIÓN:	10 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN	Higiene Postural y Manejo de cargas.
☑ CAPACITACIÓN	
☐ ENTRENAMIENTO	
☐ REUNIÓN	
☐ ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Eduardo Arrieta P.	Obrero		
2	Oswaldo Arango Hernandez	Obrero		
3	Luis Miguel Contreras R	Obrero		
4	Enoc Diaz	Of		
5	Jaider Odeeme	Maestro		
6	Luisa Fernanda Sibaja	Ing residente aux		
7	Marco alencio garay	Obrero		
8	CARLOS Andres	Maestro		
9	calderon Valencia	Maestro		
10	Andres Felipe Espana	obrero		
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny Garay
RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	14/10/2025.	DURACIÓN:	
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Roberto		

DIVULGACION DE :	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ☐ CAPACITACIÓN ☑ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Reentrenamiento trabajo seguro en altura.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Jaider vargas Ladeus	Obrero		Jaider Vargas
2	Luis Saravia	Obrero		
3	Jose David Ramos Díaz	Obrero		
4	Eduard Dangs			
5	Jaider arrazola	Obrero		Jaider ar
6	Pedro Fernandez	obrero		
7	DANIEL palomino	oficial		
8	OSCAR CAUSIL	OFICIAL		
9	JORGE luis morillo	AYU		
10	Gabriel moreno licona	obrero		
11	Ivan lopez toro	Oficial		
12	Carlos Maraya Valdes	Obrero		
13	Jose Cuadrado	Oficial		
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	14/10/2024.	DURACIÓN:	30min
NOMBRE DE QUIEN PRESIDE :			

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
INDUCCIÓN	Trabajador autorizado.
CAPACITACIÓN	
✓ ENTRENAMIENTO	
REUNIÓN	
ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Diego Barrera Uparela	Oficial		
2	Oswaldo Urango	oficial		
3	Pedro Martinez	obrero		Pedro Martinez P.
4	Hugo garay	obrero		Hugo garay
5	Manuel del Rio	Obrero		
6	Germán Fernández Cardenas	obrero		
7	Octavio Romero Rodriguez	obrero		
8	Wilfredo Pesso Perez	obrero		
9	Flavio Bivera	oficio		
10	Daniel Monterroza	Obrero		
11	Gustavo Adolfo Arroyo	obrero		
12	Alexander Vargara	obrero		
13	Carlos Mario Sierra	Obrero		
14	Jenci Hernandez	obrero		
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	09/10/2024.	DURACIÓN:	10 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay. Karolay Reyes. Arturo Garmán		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ☑ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	En compañia de la Seual y veedoria Se le realiza charla Sobre los derechos y deberes de los trabajadores. Bloque 1.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Alvin Valencia	Maestro		Alvin Valencia
2	Yomar Bravo Castro	Ayudante		Yomar Bravo Castro
3	Royle Rivero	Oficial		
4	Ricardo manjarres	OF		Ricardo manjarre
5	[illegible]	[illegible]		
6	Marco afercia	Obrero		Marco
7	Jorge Cardales			
8	Sillo poso	obrero		Sillo poso
9	Ana luz suarez Morales	obrera		Ana luz suarez
10	Gabriel Moreno Licona	obrero		Gabriel
11	Jorge luis morelo m	oyud		
12	[illegible]	[illegible]		
13	Pedro fernando R	Oficio		
14	Enoc [illegible]	OF		
15	Manuel Domy			Manuel Dom
16	CARLOS Andres			CARLOS
17	Luis Miguel Contreras R	Obrero		CR.
18	Andres Felipe España pizón	obrero		Andres F. España.
19	Hugo garay	obrero		Hugo garay
20	Oberdo [illegible]	oficial		
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny
RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	09/10/2024	DURACIÓN:	10 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay, Karolay Reyes., Arturo Guzmán		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ☑ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	En Compania de la Social el Vecduria se le realiza Charla Sobre derechos y deberes de los trabajadores de Bloque 2.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	EDUARDO PALMEZA	MAESTRO		
2	Daniel Monterrosa	Hobrero		
3	JOFFEN			
4	Julio A Capella Lopez	Oficial		
5	Camilo Silvera Zuñiga	Obrero		camilo Silvera
6	Cristian Melendez Roberto	obrero		
7	Faider Vargas Jaderth	oficial		Faider Vargas
8	JUAN LOPEZ TORRES	oficial		
9	Cezillom Hernandez	Obrero		Cezillom
10	Erick Luis Cueva de Avila	Oficial		
11	MANUEL TUBO COLLA	OFICIAL		
12	Jaider chamorro	OFICIAL		Jaider ch
13	Luis Serpa Vecla	obrero		
14	Alexander Herrera Gallardo	obrero		Alexander
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny
RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA:	09/10/2024
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE:	Stephanny Garay, Karolay Reyes, Arturo Guzmán.
DURACIÓN:	10 min.

DIVULGACION DE;

- ☐ INDUCCIÓN
- ☑ CAPACITACIÓN
- ☐ ENTRENAMIENTO
- ☐ REUNIÓN
- ☐ ACTIVIDAD

TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO

En Compañía de la Seual y Veeduria se le realiza charla sobre deberes y derechos de los trabajadores Bloque 3.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	DANIS Pertomino			DANIS BANQUIL
2	JHONJAROL BANQUIL			
3	Carlos Sierra Bello	obrero		
4	Jairo Ramos Rodriguez	Obrero		Jairo Ramos R.
5	Juan Carlos Zuñigas	Obrero		
6		maestro		
7	Cristian Adolfo Torres Diaz	Obrero		
8	Kevin david sierra zuñiga	Obrero		Kevin David
9	Oscar Eduardo	O.F		
10	Carlos Blanquicett Rivera	Obrero		Carlos Blanquicett
11	JOHNNY DORIA	Obrero		JOHNNY
12	Pedro Martinez	Obrero		Pedro Martinez R.
13	Ivan Dario Garay Gloria	obrero		
14	Kener Gonzalez B.	Obrero		Kener Gonzalez
15	Germán Arango Pareja	Obrero		
16	Pedro MUHILLO	Obrero		
17	Abrahum Rodriguez	Obrero		
18	JHOAN Sebastian Zuñiga L.	Obrero		
19	Yainer Hernandez	Obrero		Yainer Hernandez
20	Juan David Ramos D.	Obrero		
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny
RESPONSABLE

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

PROYECTO	**CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE**
FECHA:	09/10/24
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay. Karolay Reyes, Arturo Guzman
DURACIÓN:	10 min.

DIVULGACION DE ;

- ☐ INDUCCIÓN
- ☑ CAPACITACIÓN
- ☐ ENTRENAMIENTO
- ☐ REUNIÓN
- ☐ ACTIVIDAD

TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO

En Compañía de la social y veeduría. Se le realiza Charla a los trabajadores sobre derechos y deberes de los trabajadores de plomería

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Jorge E Jaraba	Plomero		Jorge E Jaraba
2	Manuel Enrique Miranda	Plomero		Manuel Miranda
3	ELIECER COCHO	Obrero		ELIECER
4	Julian Barrios.	obrero		Julian Barrios
5	RAFAEL ESTEBAN Lorrido Lorenzo	Obrero		ESTEBAN Lorrido
6	OSCAR Luis Ochoa	obrero		OSCAR Luis Ochoa
7	Ezequiel mateo Ricardo Lora	obrero		Ricardo.
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny
RESPONSABLE

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

PROYECTO	**CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE**		
FECHA:	09/10/2024	**DURACIÓN:**	20min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Caray		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☑ INDUCCIÓN	Inducaión de Ingreso.
☐ CAPACITACIÓN	Encuestas.
☐ ENTRENAMIENTO	Notificación de Riesgo.
☐ REUNIÓN	
☐ ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Eusebio Viloria	Ayudante	consorcio cmo	Eusebio
2	Julio C. Pinzon Hernandez	Ayudante	Consorcio CMO	
3	Sergio Andres Atencio gloria	Ayudante	consorcio cmo	Sergio Atencio
4	Camilo Sierra Tejeda	Ayudante	consorcio cmo	
5	Manuel Alfaro Rojas	Ayudante	Consorcio cmo	
6	Juan Diaz Madrid	Ayudante	Consorcio cmo	
7	Diver Jose Avila	Ayudante	consorcio cmo	
8	Jorge Luis marcelo m	Ayudante	consorcio	
9	Yeiner Bravo Castro	Ayudante	Consorcio	Yeiner Bravo C
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny Caray
RESPONSABLE

Anexo 8, Concepto medico de las evaluaciones medicas de ingreso,

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

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

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ	18857561	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
3	KENYA PATRICIA DURANGO ESPITIA	1131107550	POR PROGRAMAR			
4	JAIDER JOSÉ CHAMORRO ESTRADA	92640310	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
5	DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
6	EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
7	DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
8	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
9	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
11	YOFRAN ANDRES SUAREZ ALVIS	1131104539	16/07/2024			APTO SIN RESTRICCION
12	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
14	JESUS ALBERTO TARRAS CORDOBA	1131108265	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
15	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
16	CRISTIAN DAVID MALARIAGA LADEUTH	1072522613	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
17	HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	85083707	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
18	LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO	15620960	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
19	LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS	1131109665	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
20	LUIS MELANIO MEJIA ALMANZA	15682936	POR PROGRAMAR			
21	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
22	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
24	JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
25	EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ	92496761	POR PROGRAMAR			
26	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
27	ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	1116615548	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
28	CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA	1104867738	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

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

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
3	ANDRÉS FELIPE ESPAÑA PINZÓN	1010092215	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
4	ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	5/03/2024			APTO SIN RESTRICCION
5	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
7	JULIO CESAR POSSO PEREZ	1072522158	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
9	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
10	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
12	OSCAR ANTONIO RAMOS BEDOYA	78034012	POR PROGRAMAR			
13	LUISA SIBAJA LUNA	1003395473	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
14	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
15	DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ	78030594	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
16	HELIODORO PRADA REGINO	78717284	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
17	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
18	LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ	1131108805	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
19	PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO	1131107808	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
20	KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	1131104278	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
21	KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
22	JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA	1131110865	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
23	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
24	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
25	JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ	1007663238	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
26	KEVIN FUENTES JULIO	1072529244	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
27	CORREA HERNANDEZ JUAN DAVID	1192777765	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
28	MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ	1064309595	POR PROGRAMAR			

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

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

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	DINEY PAMELA OSPINO JÍMENEZ	1067920553	22/07/2024			APTO SIN RESTRICION
3	KAROLAY CARABALLO REYES	1069496540	1/08/2024			APTO SIN RESTRICION
4	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1131107171	6/07/2024			APTO SIN RESTRICION
6	CUAVAS ESQUIVEL TOMAS SEGUNDO	9229788	2/07/2024			APTO SIN RESTRICION
7	STEPHANNY GARAY SALGADO	1131104122	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
8	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	1067280132	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
9	MARCO EMILIO ATENCIO AVILA	1193556241	POR PROGRAMAR			
10	ROINY DE HOYOS MARTINEZ	1127942655	POR PROGRAMAR			
11	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	PENDIENTE			
13	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
14	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
15	GUSTABO RAMOS DÍAZ	1131110304	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
16	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
17	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
18	JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1131111481	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
20	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
22	IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142465	16/07/024			APTO SIN RESTRICION
23	ALDRIN ROBERT VALENCIA	8769402	3/09/2024			APTO SIN RESTRICION
24	JARLIN ARIEL VALENCIA	72212811	3/09/2024			APTO CON RESTRICION
25	JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ	1047043732	3/09/2024			APTO SIN RESTRICION
26	MANUEL DE JESUS DOMINGUEZ PACHECHO	8772760	3/09/2024			APTO SIN RESTRICION
27	RICARDO JOSE MANJARREZ PAREJO	1007564070	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
28	ENOC DIAZ ACOSTA	72215503	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

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

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	TOUS PEÑATA YOVANNY	15619367	03/092024			APTO SIN RESTRICCION
2	ELMUTH TOUS PEÑATA	73231900	03/092025			APTO SIN RESTRICCION
3	FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	03/092026			APTO SIN RESTRICCION
4	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	03/092027			APTO SIN RESTRICCION
5	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	03/092028			APTO SIN RESTRICCION
6	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	78704837	POR PROGRAMAR			
7	ADALBERTO DANIEL GOMEZ HERNANDEZ	11154441	POR PROGRAMAR			
8	JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA	92230393	POR PROGRAMAR			
9	GARZON LOPEZ JORGE ELIECER	15682314	POR PROGRAMAR			
10	CONEO MARQUEZ ELIECER	1131104488	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
11	JUAN CARLOS CORREA SEÑA	11033215	POR PROGRAMAR			
12	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI	9074773	PENDIENTE			
13	JOHN JAIRO BANQUET DONADO	15621529	24/07/2024			APTO SIN RESTRICCION
14	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50909828	PENDIENTE			
15	LUIS ALFONSO MARTINEZ MENDOZA	1005708736	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
16	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1047393966	PENDIENTE			
17	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	PENDIENTE			
18	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	92517051	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
19	DUBAN ARIAS MADRID	1131104002	POR PROGRAMAR			
20	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
21	ELIER JOSE NUÑEZ VILLALBA	1068737364	POR PROGRAMAR			
22	EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ	1007245394	POR PROGRAMAR			
23	EZEQUIEL MATEO PICOTT CORREA	1193317178	POR PROGRAMAR			
24	IVAN LOPEZ TORRES	1003656434	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
25	JORGE LUIS MORELO MARTINEZ	1072523581	12/10/2024			
26	JULIO ALBERTO COGOLLO HOYOS	1067852199	POR PROGRAMAR			
27	JULIO CESAR PINZON HERNANDEZ	1131111625	POR PROGRAMAR			
28	CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA	1005708765	12/10/2024			

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

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

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	MIGUEL ANGEL RAMOS ALVAREZ	1131104839	POR PROGRAMAR			
2	YOJARIS LADEUS RANGEL	1005708413	POR PROGRAMAR			
3	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	POR PROGRAMAR			
4	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	12/10/2024			
5	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ	1067943743	PENDIENTE			
6	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDES	73432693	12/10/2024			
7	SERGIO ANDRES ATENCION GLORIA	1003655472	POR PROGRAMAR			
8	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	POR PROGRAMAR			
9	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	15620652	POR PROGRAMAR			
10	DANIEL DARIOS DIAZ PEREZ	1192749961	POR PROGRAMAR			
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

Anexo 9, Concepto de aptitud trabajo en alturas

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/052

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: _X_

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: PEDRO JAFET Apellidos: MARQUEZ PELEGRINO
Cédula de ciudadanía N° : 10.131.107.808
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _32_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/036

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: _X_

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: RICARDO JOSE Apellidos: MANJARRES PAREJO
Cédula de ciudadanía N° : 1.007.564.070
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _29_ años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/031

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: YEINER LUIS Apellidos: HERNANDEZ ALVAREZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.003.561.521
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _25__ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OBRERO



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/060

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JAIME LUIS Apellidos: CARRASCAL AVILA
Cédula de ciudadanía N° : 78.076.914
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _44_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/046

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: _X_

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JAIRO DE JESUS Apellidos: RAMOS RODRIGUEZ
Cédula de ciudadanía N° : 18.857.561
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _50_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OBRERO



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/032

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JHON JAIRO Apellidos: BANQUETH DONADO
Cédula de ciudadanía N° : 15.621.529
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _45__años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL_



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal ___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura __X__ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/041

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JORGE ELIECER Apellidos: CANTILLO GUTIERREZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.047.043.732
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _23__años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/042

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JORGE LUIS Apellidos: MORELO MARTINEZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.072.523.581
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _37__años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/048

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JUAN DAVID Apellidos: RAMOS DIAZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.111.481
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _26__años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/045

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JULIO CESAR Apellidos: POSSO PEREZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.072.522.158
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _21__ años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/043

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: _X_

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: LEONARDO FABIO Apellidos: RIVERA GARRIDO
Cédula de ciudadanía N° : 15.620.960
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _44_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/053

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: LUIS EDUARDO Apellidos: SEPULVEDA
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.109.665
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _29_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/033

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: MANUEL DE JESUS Apellidos: DOMINGUEZ
Cédula de ciudadanía N° : 8.772.760
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _53__ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL_



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/037

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: MANUEL DE JESUS Apellidos: JULIO MILLAN
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.108.476
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _31__años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE_



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/050

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: _X_

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: OSCAR MIGUEL Apellidos: CAUSIL GALVAN
Cédula de ciudadanía N° : 1.073.809.586
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _39_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/039

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: OSWALDO Apellidos: URANGO HERNANDEZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.108.401
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _31__ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL_



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal ___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura __X__ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/034

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: _X_

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: PEDRO MIGUEL Apellidos: FERNANDEZ BENAVIDEZ
Cédula de ciudadanía N° : 73.432.693
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _42_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL_



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA , VALORACION CON NUTRCION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/058

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: IVAN Apellidos: LOPEZ TORRES
Cédula de ciudadanía N° : 1.003.656.434
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _34_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/062

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: JAIDER JOSE Apellidos: CHAMORRO ESTRADA
Cédula de ciudadanía N° : 92.640.310
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _41_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA , VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/051

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: _X_

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: ALEXANDER Apellidos: VERGARA GALLEGO
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.108.085
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _33_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/030

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: GUSTAVO ADOLFO Apellidos: RAMOS DIAZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.110.304
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _28__ años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal ____
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ____
Aplazado para curso y trabajo en altura _X_ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/061

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: CARLOS MARIO Apellidos: SIERRA BELLO
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.106..681
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _34_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/055

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: CRISTIAN DAVID Apellidos: MALARIAGA LADEUTH
Cédula de ciudadanía N° : 1.072.522.613
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _24_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: HERRERO



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal ____
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ____
Aplazado para curso y trabajo en altura __X__ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/049

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: DANIEL DARIO Apellidos: PALOMINO ALVAREZ
Cédula de ciudadanía N° : 78.030.594
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _46__años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/059

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: DANIEL DAVID Apellidos: MONTERROZA GONZALEZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.129.504.510
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _20_ años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/056

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: DIEGO ALEJANDRO Apellidos: BARRERA PARELA
Cédula de ciudadanía N° : 15.725.762
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _42_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/063

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: DIYER JOSE Apellidos: AVILA FLOREZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.003.367.663
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _37__años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/044

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: EDUARDO JESUS Apellidos: ARRIETA PATERNINA
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.105.563
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _39__años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/038

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: ENOC Apellidos: DIAZ ACOSTA
Cédula de ciudadanía N° : 72.215.503
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _48__años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OFICIAL_



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA , VALORACION CON NUTRICION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/054

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: FAIDER ELIAS Apellidos: VARGAS LADEUTH
Cédula de ciudadanía N° : 1.003.655.340
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _25_ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: AYUDANTE



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/035

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: GABRIEL Apellidos: MORENO LICONA
Cédula de ciudadanía N° : 1.072.529.607
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _28__años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/047

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: _X_

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: GERMAN ALONSO Apellidos: PERALTA CARDENAS
Cédula de ciudadanía N° : 1.005.708.688
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _28_ años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,VALORACION CON NUTRCION POR EPS.

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/030

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: GUSTAVO ADOLFO Apellidos: RAMOS DIAZ
Cédula de ciudadanía N° : 1.131.110.304
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _28__ años



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

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0523/040

DIRECCIÓN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS: 7894349- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 12/10/2024
Certificado para: **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**
Ingreso para trabajo en altura _X_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: __X__

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:

Nombres: HUGO ALBERTO Apellidos: GARAY GLORIA
Cédula de ciudadanía N° : 1.005.708.729
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: _24__ años
Cargo al que aspira / en el que se desempeña: OBRERO_



2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

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

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal _X___
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ___
Aplazado para curso y trabajo en altura ___ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

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

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

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

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

Anexo 10, Encuesta y tabulación
Perfil sociodemográfico

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO - CONTROL DE PERSONAL	PAG 1 DE 2
		COD SST F048
		VERSION 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA DE ACTUALIZADO	30/10/2024

SEGUIMIENTO	INFORMACION PERSONAL			NOVEDAD		AFIACION A SEGURIDAD SOCIAL			DATOS				
MES ACTUALIZACION	N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANIA	CARGO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	EPS	ARL	AFP	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO	TELEFONO	EDAD	GENERO
	1	GERMAN PERALTA CARDENAS	1005708688	AYUDANTE	17/07/2024		NUEVA EPS	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	PENDIENTE	22	MASCULINO
	2	IVAN DARÍO GARAY GLORIA	1193142465	AYUDANTE	17/07/2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3217549500	21	MASCULINO
	3	JUAN DAVID RAMOS DÍAZ	1131111481	AYUDANTE	17/07/2024		CAJACOPI	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3242597316	25	MASCULINO
	4	YOFRAN SUAREZ ALVIS	1131104539	AYUDANTE	17/07/2024		REGIMEN ESPECIAL	SURA	PROTECCION	PUNTA SECA	COVEÑAS	no tiene	24	MASCULINO
	5	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	AYUDANTE	17/07/2024		NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES	PUNTA SECA	COVEÑAS	3206082768	25	MASCULINO
	6	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	AYUDANTE	16/07/2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS	3007316049	54	MASCULINO
	7	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	AYUDANTE	12/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	COLPENSIONES	PUNTA SECA	COVEÑAS	3004044834	48	MASCULINO
	8	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	AYUDANTE	13/07/2024		NUEVA EPS	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3117324319	33	MASCULINO
	9	ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	3/07/2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS	3123018504	22	MASCULINO
	10	GUSTABO ADOLFO RAMOS DIAZ	1131110304	AYUDANTE	6/07/2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3146586703	27	MASCULINO
	11	JHON JAIRO BANQUET DONADO	15621529	ORCIAL	24/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	PORVENIR	COVEÑAS	3145024765	45	MASCULINO
	12	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	92517051	RESIDENTE	30-08-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3013903726	49	MASCULINO
	13	RICARDO JOSÉ MANJARRES PAREJO	1007564070	ORCIAL	14-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	K1 VIA PUERTO	BARRANQUILLA	3001971956	29	MASCULINO
	14	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	21-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	BELLAVISTA	COVEÑAS	3044777748	19	MASCULINO
	15	JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ	1047043732	AYUDANTE	14-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLFONDOS	CRA 9 M2 #57-14	BARRANQUILLA	3122171972	35	MASCULINO
	16	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	AYUDANTE	21-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	30121023789	24	MASCULINO
	17	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	AYUDANTE	14-08-2024		EPS COOSALUD MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	PARCELAS	COVEÑAS	3009526471	27	MASCULINO
	18	ALDRIN ROBERT VALENCIA	8769402	MAESTRO	14-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	CRA 16 #7-15	BARRANQUILLA	3022142219	54	MASCULINO
	19	LUISA FERNANDA SIBAJA LUNA	1003395473	RESIDENTE	17-08-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	CRA 15 #34-51	MONTERIA	3162794532	22	FEMENINO
	20	ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	AYUDANTE	14-08-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PROTECCION	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	3147586625	22	FEMENINO
	21	DOMINGUEZ PACHECO MANUEL DE JESUS	8772760	ORCIAL	14-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	C 22 #13-18	BARRANQUILLA	3014399529	53	MASCULINO
	22	JARLIN ARIEL VALENCIA	72212811	MAESTRO	14-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	C 68 E #20-40	BARRANQUILLA	3007740758	49	MASCULINO
	23	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE	29-08-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	3216508510	32	MASCULINO
	24	JULIO CESSAR POSSO PEREZ	1072522158	AYUDANTE	14-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PROTECCION	PUNTE PIEDRA	COVEÑAS	3005091977	20	MASCULINO
	25	EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	MAESTRO	16-08-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PROTECCION	BARRIO URIBE URIBE	SINCELEJO	3213778063	43	MASCULINO
	26	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	30-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3012738202	24	MASCULINO
	27	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	MAESTRO	21-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	MANZANA 122 LOT 5	MONTERIA	3013132810	47	MASCULINO
	28	DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	ORCIAL	16-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	C 10 #15-36	CHINÚ	3002315008	42	MASCULINO
	29	JAIDER CHAMORRO ESTRADA	92640310	ORCIAL	16-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	TIERRA PROMETIDA	SINCELEJO	3244456314	41	MASCULINO
	30	ALVARO ANDRES MANJARREZ OVIDIO	1116615548	BODEGURO	21-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	CRA 26 #3-26	COVEÑAS	3146848668	28	MASCULINO
	31	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	AYUDANTE	22-08-2024		FOSYGA	SURA	PORVENIR	EL TIGRE	COVEÑAS	PENDIENTE	33	MASCULINO
	32	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	17-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP	REPARO	COVEÑAS	3117085152	39	MASCULINO
	33	JESUS ALBERTO TARRA CORDOBA	1131108265	AYUDANTE	22-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	COLFONDOS	ASERRRADERO EL TIGRE	COVEÑAS	3243134424	30	MASCULINO
	34	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	17-08-2024		CAJACOPI	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3235382881	20	MASCULINO
	35	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	25-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3113795231	24	MASCULINO
	36	FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	ORCIAL	05-09-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	PORVENIR	COVEÑAS	3046314487	25	MASCULINO
	37	CRISTIAN DAVID MALARRIAGA LADEUS	1072522613	AYUDANTE	25-08-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	PORVENIR	COVEÑAS	3143593906	24	MASCULINO
	38	JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA	1131110865	AYUDANTE	21-08-2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3242431733	28	MASCULINO
	39	YOVANNY TOUS PEÑATA	15619367	AYUDANTE	03-09-2024	14/10/2024	FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS	PUNTA SECA	COVEÑAS	3186748733	48	MASCULINO

40	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	1005708736	AYUDANTE	22-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	REPARO	COVEÑAS	3242329369	26	MASCULINO
41	KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	1131104278	AYUDANTE	21-08-2024		CAJACOPI	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3243053836	21	MASCULINO
42	PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO	1131107808	AYUDANTE	21-08-2024		FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3017888922	32	MASCULINO
43	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	AYUDANTE	29-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PARCELAS ALGARROBO	COVEÑAS	3205609487	34	MASCULINO
44	JUAN DAVID CORREA HERNANDEZ	1192777765	AYUDANTE	27-08-2024	3/10/2024	SALUD TOTAL	SURA	PROTECCION	CALLE 9 CRA 16	COVEÑAS	3003828673	23	MASCULINO
45	DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ	78030594	OFICIAL	17-08-2024	24/10/2024	SALUD TOTAL	SURA	NINGUNA AFP	EL FARO 1	MONTERIA	3126329462	46	MASCULINO
46	LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ	1131108805	AYUDANTE	21-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	LAS PARCELAS	COVEÑAS	3003352203	30	MASCULINO
47	KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	AYUDANTE	29-08-2024		FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	SURA	PROTECCION	PARCELAS DE ALGARROBO	COVEÑAS	3216738752	24	MASCULINO
48	HELIODORO PRADA REGINO	78717284	MAESTRO	17-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	EL FARO CL 101 CRA 96	MONTERIA	3225054927	54	MASCULINO
49	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	MAESTRO	17-08-2024		ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	MANZANA C4-53B	MONTERIA	3215785776	60	MASCULINO
50	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1131107171	ING AMBIENTAL	11-07-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	ALICANTE	COVEÑAS	3165679632	33	FEMENINO
51	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	AYUDANTE	29-08-2024		EPS FAMISANAR LTDA	SURA	PROTECCION	GUAYABAL	COVEÑAS	3146512112	32	MASCULINO
52	JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA	92230393	PLOMERO	04-09-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3163145342	45	MASCULINO
53	ELIECER CONEO MARQUEZ	1131104488	PLOMERO	04-09-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLPENSIONES	PARCELAS ALGARROBO	COVEÑAS	3154620585	38	MASCULINO
54	ANDRES FELIPE ESPAÑA PINZON	1010092215	AYUDANTE	14-08-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3017931340	26	MASCULINO
55	JORGE ELIECER GARZON LOPEZ	15682314	PLOMERO	04-09-2024		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	JOOVAL	COVEÑAS	3128075143	52	MASCULINO
56	STEPHANNY GARAY SALGAOD	1131104122	AUXILIAR SST	22-06-2024		NUEVA EPS	SURA	PROTECCION	CALLE 5 1-5 GUAYABAL	COVEÑAS	3154896049	21	FEMENINO
57	ADALBERTO DANIEL GOMEZ HERNANDEZ	11154441	OFICIAL	27-08-2024	3/10/2024	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
58	ARISTIDE CONEO MARQUEZ	15620652	AYUDANTE	24/10/2024		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE	LAS PARCELAS	COVEÑAS	3114095431	45	MASCULINO
59	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1047393966	RESIDENTE ADMINISTRATIVO	22-06-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
60	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	OFICIAL DE OBRA	05-09-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	COLPENSIONES	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
61	CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA	1104867738	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
62	DANIEL DARIO DIAZ PEREZ	1192749961	AYUDANTE DE OBRA	24/10/2024		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE	LAS PARCELAS	COVEÑAS	3013375073	22	FEMENINO
63	DINEY PAMELA OSPINO JIMENEZ	1067920553	DIRECTORA DE OBRA	22-06-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	COLFONDOS	MONTERIA	MONTERIA	3007481091	33	FEMENINO
64	ENOC DIAZ ACOSTA	72215503	OFICIAL DE OBRA	14-08-2024	19/10/2024	NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
65	EUCLIDES MANUEL MONTERROSA LOPEZ	92496761	MAESTRO DE OBRA	22-06-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	NINGUNA AFP	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
66	HELMUTH TOUS PEÑATA	73231900	AYUDANTE DE OBRA	01-09-2024	1/10/2024	COOSALUD E.S.S. COOP SALUD Y DILO INT.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
67	HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	85083707	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	14/10/2024	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
68	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	78704837	PLOMERO	06-09-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3207071274	55	MASCULINO
69	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	OPERADOR MINI	01-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	36	MASCULINO
70	JAIRO DE JESUS RODRIGUEZ RAMOS	18857561	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
71	JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ	1007663238	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024	1/10/2024	NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
72	JULIO ALBERTO COGOLLO HOYOS	1067852199	AYUDANTE	13-10-2024	19/10/2024	SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
73	JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		EPS COOSALUD MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
74	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50909828	DIRECTORA DE OBRA	15-06-2024		SURA EPS	SURA	COLFONDOS	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	FEMENINO
75	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
76	JORGE ENRIQUE CRUZ BENNEDETTI	9074773	TECNICO ESTRUCTURAL	22-06-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	SURA	NINGUNA AFP	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
77	JUAN CARLOS CORREA SEÑA	11033215	AYUDANTE DE PLOMERIA	27-08-2024	3/10/2024	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
78	JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ	1003655506	AYUDANTE DE OBRA	21-08-2024		FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
79	KAROLAY CARABALLO REYES	1069496540	TRABAJADOR SOCIAL	25-06-2024		FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3142602320	30	FEMENINO
80	KEVIN FUENTES JULIO	1072529244	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
81	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	1067280132	PROF SEGURIDAD INDUSTRIAL	22-06-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3107231289	38	MASCULINO
82	MIGUEL ANGEL RAMOS ALVAREZ	1131104839	AYUDANTE DE OBRA	14-08-2024	1/10/2024	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
83	NAYALIBE ELIACH MANJARREZ	1067943743	AUXILIAR DE ARQUITECTURA	29-06-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	FEMENINO
84	OSCAR ANTONIO RAMOS BEDOYA	78034012	ING CIVIL	17-08-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
85	TOMAS ZUÑIGA ARTEAGA	1131108815	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024		FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
86	TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL	92229788	CELADOR	04-07-2024		EPS COOSALUD MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
87	LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS	1131109665	AYUDANTE	16-10-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR	SINCELEJO	SINCELEJO	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
88	CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA	1005708765	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO

PERIODO: OCTUBRE

89	YOJARIS LADEUS RANGEL	1005708413	AYUDANTE	25-09-2024	16/10/2024	SURA	SURA EPS	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
90	SERGIO ANDRES ATENCIO GLORIA	1003655472	AYUDANTE	01-10-2024	20/10/2004	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
91	LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO	15620960	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	COOSALUD E.S.S. COOP.SALUD Y DILIGENT	COLFONDOS	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
92	ROINY DE HOYOS MARTINEZ	1127942655	AYUDANTE	01-10-2024	2/10/2024	SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
93	LUIS MELANIO MEJIA ALMANZA	15682936	AYUDANTE	01-10-2024	2/10/2024	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
94	JULIO CESAR PINZON HERNANDEZ	1131111625	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
95	JORGE LUIS MORELO MARTINEZ	1072523581	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
96	IVAN LOPEZ TORRES	1003656434	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
97	EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ	1007245394	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
98	EZEQUIEL MATEO PICOTT CORREA	1193317178	AYUDANTE	13-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
99	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563	AYUDANTE	16-10-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
100	ELIER JOSE NUÑEZ VILLALBA	1068737364	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
101	DUBAN ARIAS MADRID	1131104002	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
102	KENYA PATRICIA DURANGO ESPITIA	1131107550	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	FEMENINO
103	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ	C73432693	OFICIAL DE OBRA	25-09-2024		SURA	NINGUNA EPS	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
104	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476	AYUDANTE	01-10-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
105	DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
106	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	25-09-2024		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
107	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	25-09-2024		SURA	CAJACOPI ATLANTICO -	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
108	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	AYUDANTE	06-10-2024		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO - CONTROL DE PERSONAL	PAG 2 DE 2
		COD SST F048
		VERSION 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA DE ACTUALIZADO	30 DE OCTUBRE

MES ACTUALIZACION	Nº	NIVEL DE ESCOLARIDAD	NÚMERO DE PERSONAS A CARGO	USO DEL TIEMPO LIBRE	PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)	ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL	TIPO DE CONTRATACIÓN	LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS (SI/NO)	PRACTICA ALGUN DEPORTE (SI/NO)	FUMA (SI/NO)
	1	BACHILLERATO	4	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	SI
	2	TECNICO	NO	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	3	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	7 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	4	PRIMARIA	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	5	BACHILLERATO	3	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	6 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	6	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	30 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	7	BACHILLERATO	4	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	8	BACHILLERATO		NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	9	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
	10	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	17 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	11	PRIMARIA	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	15 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	12	UNIVERSITARIO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	2 MESES	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	NO	NO	NO
	13	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	8 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	14	TECNICO	NO	ESTUDIO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	15	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	8 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	SI
	16	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	17	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	9 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	18	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	32 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	19	UNIVERSITARIO	0	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	9 MESES	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	20	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
	21	PRIMARIA	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	30 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	22	BACHILLERATO	5	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	31 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	23	BACHILLERATO	4	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	24	BACHILLERATO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	25	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	17 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	26	BACHILLERATO	5	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	7 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	27	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	12 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	28	POSTGRADO	3	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	29	PRIMARIA	4	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	16 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	30	TECNICO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	NO	SI	NO
	31	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	12 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	32	BACHILLERATO	4	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	33	TECNICO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	8 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO

PERIODO: SEPTIEMBRE

34	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
35	BACHILLERATO	0	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	11 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
36	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	SI
37	BACHILLERATO	3	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	8 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
38	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
39	BACHILLERATO	5	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
40	BACHILLERATO	2	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
41	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	8 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
42	BACHILLERATO	4	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
43	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	20 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	SI	NO	NO
44	TECNICO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	6 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
45	BACHILLERATO	6	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	30 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
46	BACHILLERATO	5	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	12 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
47	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	14 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
48	PRIMARIA	3	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	25 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
49	BACHILLERATO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	35 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	SI	SI	NO
50	UNIVERSITARIO	1	LABORES DOMESTICA	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	6 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
51	PRIMARIA	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	SI
52	BACHILLERATO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	25 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	SI
53	PRIMARIA	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	15 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	SI
54	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
55	PRIMARIA	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	30 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
56	TECNOLOGO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
57	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
58	PRIMARIA	4	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	15 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
59	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
60	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
61	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
62	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
63	**UNIVERSITARIO**	**3**	**RECREACIÓN Y DEPORTE**	**ENTRE 1 Y 3 SML**	**MENOS DE 1 AÑO**	**10 AÑOS**	**PRESTACIÓN DE SERVICIO**	**NO**	**SI**	**SI**	**NO**
64	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
65	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
66	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
67	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
68	**TECNICO**	**MAS DE 6**	**RECREACIÓN Y DEPORTE**	**ENTRE 1 Y 3 SML**	**MENOS DE 1 AÑO**	**32 AÑOS**	**RESTACIÓN DE SERVICI**	**NO**	**SI**	**SI**	**NO**
69	**BACHILLERATO**	**3**	**NINGUNO**	**SALARIO MINIMO**	**MENOS DE 1 AÑO**	**12 AÑOS**	**RESTACIÓN DE SERVICI**	**NO**	**SI**	**NO**	**NO**
70	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
71	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
72	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
73	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**
74	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**	**PENDIENTE**

75	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
76	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
77	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
78	BACHILLERATO	0	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
79	UNIVERSITARIO	1	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
80	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
81	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
82	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
83	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
84	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
85	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
86	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
87	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
88	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
89	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
90	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
91	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
92	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
93	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
94	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
95	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
96	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
97	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
98	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
99	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
100	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
101	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
102	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
103	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
104	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
105	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
106	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
107	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
108	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE