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 **ENERO 2025**; 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
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Octubre 2024	9477173740	$29,993,700
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Octubre 2024	9477204396	$5,754,300
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Noviembre 2024	9478755643	$9,823,400
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Noviembre 2024	9478597034	$24,997,700
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Diciembre 2024	9480290238	$20,002,900
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Diciembre 2024	9480329646	$10,909,400
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Enero de 2025	9481638064	$16,110,300

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. 2024

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	10	10	77
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0	12	14	8	8	15	10	10	77
		RESULTADO						100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Gráfico de seguimiento de plan de trabajo anual 2024

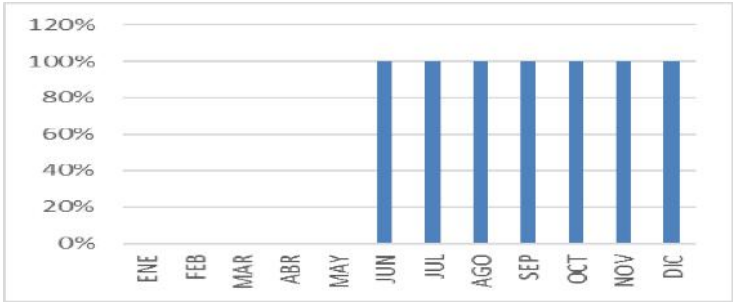


Tabla seguimiento de plan de trabajo anual. 2025

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	24	17											41
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	24	17	11	11	12	11	11	12	12	12	12	11	156
		RESULTADO	100%	100%											100%
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Gráfico de seguimiento de plan de trabajo anual 2025



7.6. INDUCCIÓN PERSONAL

Durante el periodo, no se realizó inducción 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. **dado que no hubo ingreso en el periodo.**

7.7. NOTIFICACIÓN DE RIESGO.

El contratista no 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. **Dado que no hubo ingresos 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 5, 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 6, 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.

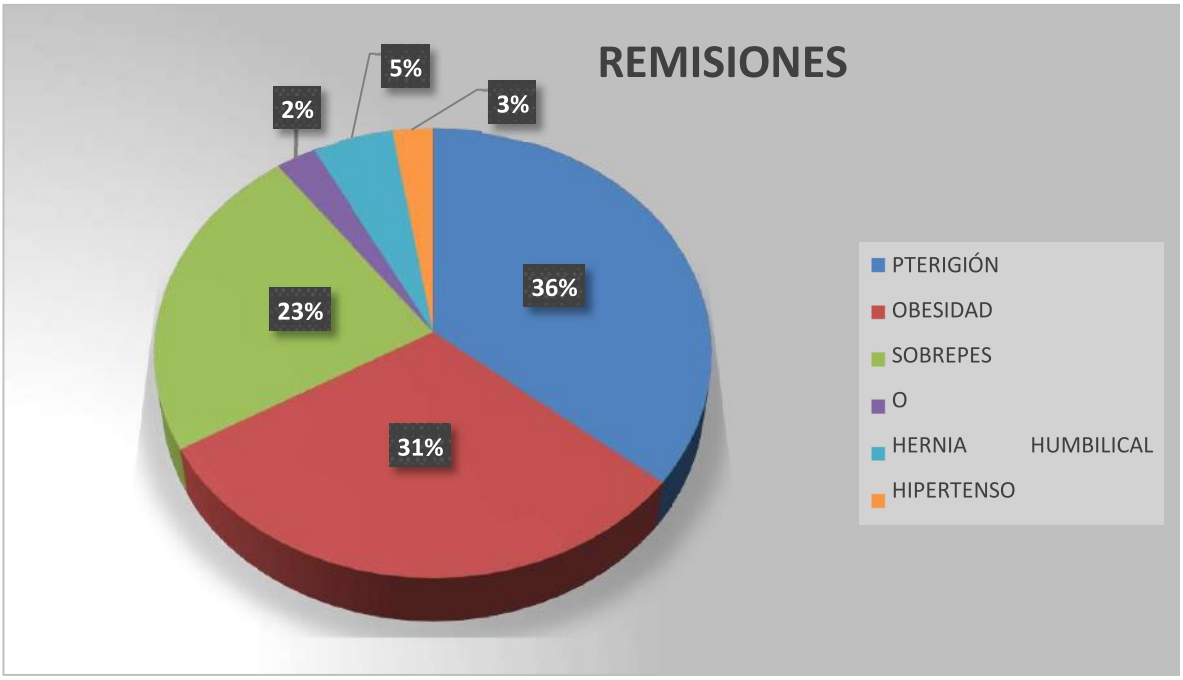
7.9.2. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD

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. **Concepto de aptitud trabajo en alturas entregado en el mes de octubre de 2024.**

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 7, 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. **No hubo ingresos en el periodo.**

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 presentó dos (2)** accidentes de trabajo. Así mismos **se registra** ausentismo tres (3) días laboral por Incapacidad medica por accidente de trabajo; según **Resolución 0312 de 2019 y decreto 1072 de 2015**. **(Ver anexo 8, 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	5
NOVIEMBRE 2024	1
DICIEMBRE 2024	2
ENERO 2025	1
FEBRERO 2025	2
TOTAL, ACCIDENTES	15

- **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
NOVIEMBRE DE 2024	5
DICIEMBRE DE 2024	13
ENERO DE 2025	03
FEBRERO DE 2025	3
TOTAL, AUSENTISMO	56

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 8 cálculo de indicadores de**

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

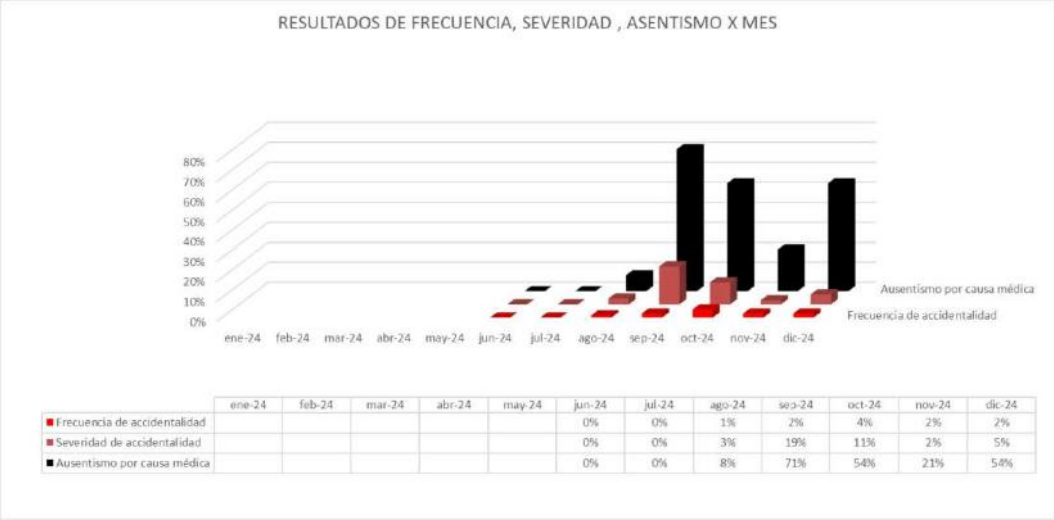
- **Tablero de control de indicadores personal directo 2024**

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

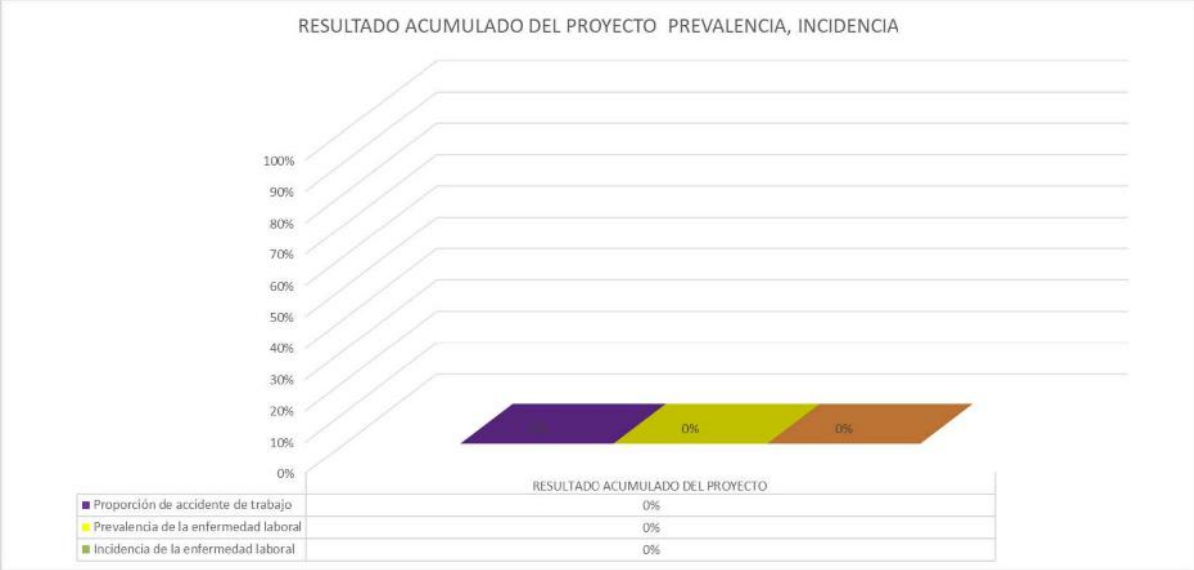
INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO TRABAJADORES DIRECTOS

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%	2%	2%
Proporcion	Proporción de accidentes de trabajo mortale	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales	Anual						0%	0%	0%	0%	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%	2%	5%
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%	0%	0%
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual						0%	0%	0%	0%	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%	21%	54%

- Gráficos de resultados de frecuencia, severidad y ausentismo x mes personal directo. 2024



- Gráficos de prevalencia incidencia personal directo 2024



- **Accidentes que se han presentado año 2024**

REPORTE ACCIDENTES DE TRABAJO				
Fecha de ocurrencia	**Documento**	**Nombre**	**Tipo accidente**	**Estado**
17/12/2024	C1003655298	CESAR AUGUSTO ZUBIRIA PINON	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
26/08/2024	C1003655736	ROBERTO ANTONIO AGAMEZ JIMENEZ	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
26/11/2024	C1005708714	EDER LUIS RINCO SUAREZ	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
02/10/2024	C1005708736	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
02/10/2024	C1007245363	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
08/11/2024	C1064310879	IVAN DANILO DORIA TIRADO	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
03/10/2024	C1129504510	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
31/10/2024	C1131104278	KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
09/12/2024	C1131108476	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO

18/09/2024	C15682314	JORGE ELIECER GARZON LOPEZ	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
11/10/2024	C72215503	ENOC DIAZ ACOSTA	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO
12/09/2024	C85083707	HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	PROPIO DEL TRABAJO	COMPLETO

Accidentes calificados que se han presentado y que fueron calificados como leves

- **Gráfico de tendencia de accidentalidad**



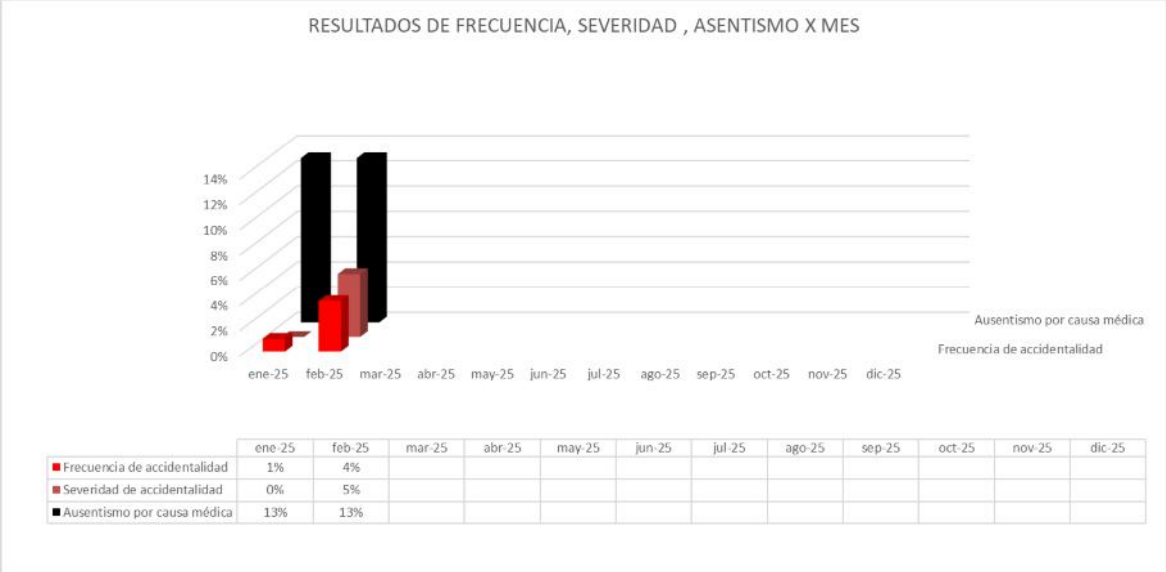
- **Tablero de control de indicadores personal directo 2025**

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO TRABAJADORES DIRECTOS

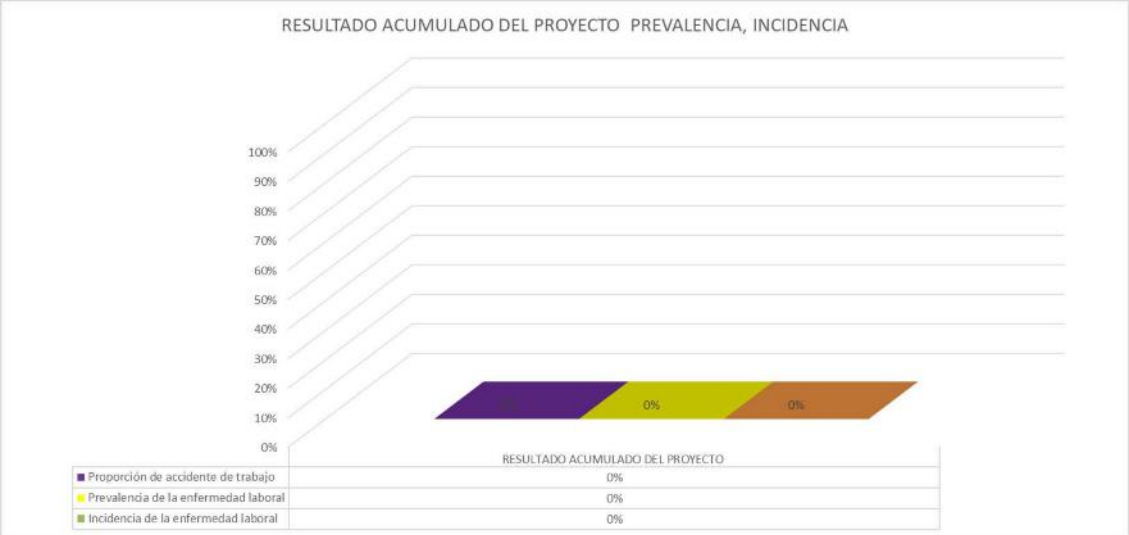
Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Interpretación	Periodicidad Mínima	RESULTADOS										
					ene-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo 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	1%	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%										
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%	5%										
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%										
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%										
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	13%	13%										

- Gráficos de resultados de frecuencia, severidad y ausentismo x mes personal directo. 2025



	ene-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
Frecuencia de accidentalidad	1%	4%										
Severidad de accidentalidad	0%	5%										
Ausentismo por causa médica	13%	13%										

- Gráficos de prevalencia incidencia personal directo 2025



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 10, 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 antirespland or	
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 11, 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. **Acta de conformación brigada de emergencias se soportó informe octubre 2024; Adicional se realizó capacitación de manejo de emergencias a todo el personal por parte de la ARL.**

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 12, 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. **Certificado de entrenamiento en alturas se soportó informe octubre 2024.**

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 13, Permisos altura, en caliente y ATS e inventario de equipos de altura**).

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 14, 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 no ingreso **máquina.**

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 15, 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. 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).**

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

El contratista de acuerdo con el número de personal vinculado a la razón social principal; realizará conformación o asignación del comité paritario o vigía en SST; tal como lo establece la **Resolución 2013. (Ver anexo 16. Acta de reunión COPASST).**

7.24. 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 17. Acta reunión CCL).**

7.25. BRIGADAS DE ASEO.

Se realizan inspecciones y controles de orden y aseo bajo la metodología 5s, con el fin de mantener el frente de obra limpio para evitar la aparición de virus y bacterias por acumulación de residuos, y orden para disminuir para probabilidad de un accidente laboral por golpe contra objetos o caídas al mismo nivel. **(Ver anexo, Registro fotográfico jornada 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 18. 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, Capacitaciones SST

Anexo 6, Seguimiento de las evaluaciones medicas de ingreso,

Anexo 7, Encuesta y tabulación Perfil sociodemográfico

Anexo 8, Reporte e investigación de AT, lecciones aprendidas y ausentismo laboral

Anexo 9, Cálculo de indicadores de accidentalidad directos

Anexo 10, Acta entrega de epp y dotación

Anexo 11 – Registros de Inspecciones de seguridad y cronograma de inspecciones

Anexo 12, Inspección – listado de sustancias químicas

Anexo 13, Permisos altura, en caliente, ATS e inventario de equipos de altura

Anexo 14, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos.

Anexo 15, Inventario de señalización

Anexo 16. Acta de reunión COPASST

Anexo 17. Acta reunión CCL

Anexo 18. 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: FEBRERO.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 24/25 FECHA FINAL

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	Fundida de losa cubierta, levante de block y fundida de columnetas y colocación de dinteles.	armado y colocación de formaletas., levante de muros.	Fundida de losa cubierta levante de block	No se laboró por motivo de paro.	No se laboró por motivo de paro.		

DIAS DE LA SEMANA	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			OBSERVACIONES
ASPECTO GENERALES	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
1 Los trabajadores disponen de dotación y EPP requeridos para las actividades que realizan ?	✓			✓			✓												
1 La dotación y EPP se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓												
2 Los trabajadores hacen uso de los elementos de protección suministrados?	✓			✓			✓												
3 El personal se encuentra afiliado al SGSS (ARL, EPS y AFP)	✓			✓			✓												
4 Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecución de las actividades.	✓			✓			✓												
4 Se consulta si algun trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva ?	✓			✓			✓												
5 Se implementan programas de seguridad, orden y aseo en los frentes de obra?	✓			✓			✓												
6 El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor	✓			✓			✓												
8 Se revisa los planos de redes de servicios publicos, se realiza apiques para su ubicación?	✓			✓			✓												
10 Todos los trabajadores cuentan con las evaluaciones medicas de ingreso ?	✓			✓			✓												
11 Los baños quimicos se encuentran en buen estado, ubicados a un nivel diferente del piso, limpios y dotados?	✓			✓			✓												
12 Las 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 las actividad; se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓												
21 Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓												
22 Se encuentran definidas y señalizadas las rutas para peatones?	✓			✓			✓												
23 Existen adecuadas caminos de acceso, pasarelas, para que los obreros puedan circular sin problema en la obra?	✓			✓			✓												
24 Los escombros se encuentran señalizados, cubiertos y hay sitios especificos para almacenarlos?	✓			✓			✓												
25 El perimetro de la obra se encuentra bien 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 FEBRERO.

SEMANA COMPRENDIDA: **FECHA INICIAL** 24/25. **FECHA FINAL**

	Manejo de equipo, herramientas y materiales en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
28	Los herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓			✓											
29	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?	✓			✓			✓											
	Higiena 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 levantadas 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 caídas y de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓											
41	El personal evita correr aunque esté apurado?	✓			✓			✓											
42	Los personas toman precaución al transitar por pisos desgastes y diferentes desigualdas?	✓			✓			✓											
43	se cuenta con punto ecologico y se encuentra fuera de las medidas de paso?	✓			✓			✓											
44	las redes de servicio aereas se identifican en operaciones de cargue y descargue de material?	✓			✓			✓											
	Sobre la Prevención de Incendios	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**
45	El frente de trabajo cuenta con equipo apropiado contra incendios?	✓			✓			✓											
46	Los Extintores no se encuentran obstruidos ?		✓			✓			✓										
47	Las salidas y pasillos se encuentran despejadas?	✓			✓			✓											
48	Los numeros telefónicos de emergencias se encuentran en un lugar visible?	✓			✓			✓											
	Conclusión de inspección ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?	**SI**	✓	**NO**		**AUTORIZA - RESIDENTE CIVIL - INSPECTOR SST**													

N.A.: No aplicable

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

RESPONSABLE DE LA INSPECCION

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny Garcey

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: FEBRERO.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 17/25 FECHA FINAL 22/25.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	Descofrado de formaleta de losa cubierta, figuración y colocación de acero para losa cubierta.	Descofrado de formaleta de losa cubierta, figuración y colocación de acero para losa de cubierta y armado de cajas.	Descofrado de formaleta de losa cubierta, figuración y colocación de muros y armado y colocación de formaleta para losa cubierta	Descofrado de formaleta para losa cubierta figuración y colocación de formaleta. levante de muro.	Armado y colocación de formaleta para losa de cubierta Colocación de acero para losa cubierta.	Figuración y Colocación de acero para losa cubierta levante de bloque.	

DIAS DE LA SEMANA	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			OBSERVACIONES
ASPECTO GENERALES	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
1 Los trabajadores disponen de dotación y EPP requeridos para las actividades que realizan?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
2 La dotación y EPP se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
3 Los trabajadores hacen uso de los elementos de protección suministrados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
4 El personal se encuentra afiliado al SGSS (ARL EPS y AFP)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
5 Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecución de las actividades	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6 Se conoce si algún trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
7 Se implementan programas de seguridad vistos y aplicados en las frentes de obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
8 El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
9 Se tienen los planes de redes de servicios públicos se realizo aperturas para su ejecución?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10 Todos los trabajadores cuentan con los exámenes medicos 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 han establecido sistemas de control de tráfico para evitar accidentes a trabajadores y peatones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
14 Se cuenta con extintor 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 aseos con los normas de seguridad y gestion 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 vía, cumpliendo pautas de cargue (PARE) y vuelta (SIGA)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20 La señalización de señalización se encuentra de acuerdo a la actividad que se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21 Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22 Se encuentran definidas y señalizadas las rutas de evacuaciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23 Existen adecuados caminos de acceso peatonal para que los obreros puedan circular sin tropiezos en la obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
24 Los botiquines se encuentran señalizados, dotados y muy bien ubicados para atender urgencias?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25 El cerramiento de la obra se encuentra bien demarcada y señalizada ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
26 Los materiales que se utilizan en obra se encuentran debidamente señalizados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
27 Se manejan volantes informativos, videos 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: FEBRERO

SEMANA COMPRENDIDA — FECHA INICIAL: 17/25 — FECHA FINAL: 22/25.

	Manejo de equipo, herramientas y materiales en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
28	¿Las herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29	¿Las herramientas se revisan regularmente para evidenciar su estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30	¿Las herramientas se distribuyen organizadamente cargues de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	¿Se distribuyen adecuadas herramientas apropiadas de acuerdo a la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	¿Las herramientas se mantienen 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 tomar una carga el trabajador conoce el peso de esta y toma las medidas necesarias para levantarla	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
35	La carga se levanta correctamente doblando las piernas y no el tronco	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
36	Al levantar y trasladar la carga el trabajador usa ayudas mecánicas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
37	Las cargas que sobrepasan la capacidad individual de la persona (25 kg) deben ser de 2 kg o más de 4 (dependiendo de la capacidad de la persona) y transportadas entre dos personas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
38	Antes de levantar la carga se verifica el cuerpo para el cual son hechas manipuladas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
39	Los trabajadores realizan todas las labores de levantamiento de cargas de forma correcta?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sobre la Prevención de Golpes ,Caídas 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 caballos están libres de objetos que puedan ocasionar caídas y las instalaciones que circulan en ellos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
41	El personal porta casco cuando está agotado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
42	Los pavimentos tienen protección en relación con pisos deslizantes y irregulares desgastados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
43	¿Se cuenta con punto ecológico y se encuentra lejos de cuerpos de agua?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	¿El sitio de cargue cuenta con señalización para identificar los materiales de riesgo y peligrosos de manera?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	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 sitio de trabajo cuenta con extintores completos, cargados y accesibles?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
46	Los extintores se encuentran señalizados?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
47	Las vallas y avisos se encuentran disponibles?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
48	¿Los números telefónicos de emergencia se encuentran en un lugar visible?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Conclusión: ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?	SI	✓	NO		AUTORIZA - RESIDENTE SIVA - INSPECTOR SST													

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

RESPONSABLE DE LA INSPECCION

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny Garay

FIRMA Y NOMBRE

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: FEBRERO.

SEMANA COMPRENDIDA — FECHA INICIAL: 03/25. FECHA FINAL: 08/25.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	Descofre de formaleta de cubierta y armado y colocación de acero para losa de cubierta	Descofre de formaleta de cubierta, tarrado y levante de bloque en primer piso. Generación para zarpa de muro.	Descofre de formaleta de losa de cubierta, bante de bloque en piso 1, colocación de formaleta para tanque subterraneo	Descofre de losa cubierta y armado colocación de formaleta, figuración de acero.	Desencofrado de losa cubierta, levante de bloque, armado y colocación de formaleta para tanque subterraneo	Descofre de formaleta de losa cubierta, Armado y colocación de formaleta levante de bloque	

DIAS DE LA SEMANA	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			OBSERVACIONES
ASPECTO GENERALES	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
1. Los trabajadores disponen de dotación y EPP requeridos para las actividades que realizan ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
2. La dotación y EPP se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
3. Los trabajadores hacen uso de los elementos de protección suministrados	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
4. El personal se encuentra afiliado al SGSS (ARL EPS y AFP)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
5. Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecución de las actividades	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6. Se conoce si algún trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
7. Se implementan programas de seguridad antes y dado en las frentes de obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
8. El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
9. Se revisa las planas de redes de servicios públicos se realiza apiques para ubicaciones	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10. Todos los trabajadores cuentan con las vacunas requeridas de tetano ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
11. Los baños se encuentran en buen estado ubicados a un nivel diferente del piso, limpios y dotados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12. La comida está correctamente ubicada y se encuentran limpia y en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
13. Se ha establecido sistemas de control de vidrio para evitar accidentes o Patologías, y cortaduras?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
14. Se cuenta con ayudante de maquina en los frentes de obra ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
15. Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones al personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
16. los baños, y campamento se encuentran limpios y Aseo con las normas de seguridad y gestion 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 capacitado en el Sitio en la obra para uso de puntos de colocación (PARE) y verde (SIGA).	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20. La comisión de señalización se encuentra de acuerdo a las actividades se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21. Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22. Se encuentran definidos y señalizados las rutas de evacuación?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23. Existen adecuados controles de acceso, peatonal para todo personal diferente a la obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
24. Los extintores se encuentran señalizados, cubiertos y con vías adecuadas para almacenarlos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25. El botiquín de la obra se encuentra bien dotado y señalizado ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
26. Los materiales que se utilizan en obra se encuentran debidamente señalizados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
27. Se mantiene vallas informativas, vallas y la 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: FEBRERO

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 03/25 FECHA FINAL 08/25.

Manejo de cargas, herramientas y materiales en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
28	¿Los herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29	¿Se realizan mantenimiento de realizar regularmente para verificar su estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30	¿Las herramientas de construcción organizadas correctamente después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	¿Se trabajadores con las herramientas apropiadas de acuerdo a la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	¿Las herramientas se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
33	¿Se le capacito al personal sobre el correcto uso de su herramienta?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	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 fijo la ruta que va a llevar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
35	¿La carga se levanta correctamente doblando las piernas y no el tronco?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
36	Al levantar y transportar la carga el trabajador usa ayudas mecánicas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
37	Las cargas que sobrepasan la capacidad individual de la persona (25 kg) deben ser movidas por dos personas o con ayudas mecánicas y con periodos entre dos personas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
38	Antes de levantar la carga se verifica el camino por el cual va a hacer transportada?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
39	¿Se le pide apoyo a verificar la forma de los objetos para llevarlos de la manera correcta?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sobre la Prevención de Golpes ,Caídas 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.
-	Los pasillos están libres de objetos con puestos, escombros, cables y de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
-	El personal evita correr porque está apurado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
-	Los personas tienen ejecución el Porque por ellos designados y el personal autorizado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
-	Se cuenta con punto ecológico y se encuentra lista de los residuos de riesgo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
-	Se realiza de señales, barreras, identificación 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.
4.	El área se encuentra limpia con orden, completa, libre de riesgos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
4.	Los extintores se encuentran disponibles y		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
47	Los señales y avisos se encuentran disponibles?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
48	Los avisos relativos a las emergencias se encuentran en un lugar visible?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Conclusión de inspección: ¿Se cuenta con personal con las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?	SI		NO		AUDITOR - RESIDENTE SISA - INSPECTOR SST													

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

RESPONSABLE 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	FEBRERO.		
SEMANA COMPRENDIDA	FECHA INICIAL 10/25	FECHA FINAL	15/25.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES DURANTE LA INSPECCIONADA
	Fundición de losa contrapiso desencofrado de formaleta armado y colocación de formaleta, levante de bloque	Desencofrado de formaleta figuración y colocación de acero para losas de cubierta levante de bloque	Desencofrado de formaleta losa cubierta levantede ladrillo. figuracion y colocacion de acero para losas	Desencofrado de formaleta de losa cubierta, armado y colocación de acero, zapa de muro de canto de aseo.	Desencofrado de formaleta de losa cubierta, zapa de muro de contención de canto y figuración de acero.	Desencofrado de formaleta de losa de cubierta, armado y colocación de acero para losa cubierta	

DIAS DE LA SEMANA	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			OBSERVACIONES
ASPECTO GENERALES	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
1 Los trabajadores disponen de dotación y EPP requeridos para las actividades que realizan?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
2 La dotación y EPP se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
3 Los trabajadores hacen uso de los elementos de protección suministrados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
4 El personal se encuentra afiliado al SGSS (ARL EPS y AFP)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
5 Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecución de las actividades	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6 Se constató algún trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
7 Se implementan programas de seguridad, orden y aseo en los frentes de obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
8 El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
9 Se cuenta los planos de redes de servicios públicos, se realiza aperturas para su ubicación?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10 Todos los trabajadores cuentan con la capacitación requerida de ingreso ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
11 Los bañitos se encuentran en buen estado ubicados a un nivel diferente del piso, limpios y dotados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12 La cuadrilla está correctamente ubicada y se encuentran limpia y en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
13 Se han 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 gestion 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 obra, portando los paletas de color rojo (PARE) y verde (SIGA).	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20 La señalización 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 señaladas las rutas para peatones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23 Existen adecuados corredores de acceso peatonal para que los obreros puedan circular en el interior de la obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
24 Los extintores se encuentran señalizados, cubiertos y muy bien ubicados para almacenarlos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25 El botiquín 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, notas 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: FEBRERO.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 10/25 FECHA FINAL 15/25.

	Manejo de cargas, herramientas y materiales en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
28	¿Los elementos, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29	¿Los operarios tienen los elementos de protección personal adecuados y en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30	¿La herramienta de demolición organizadamente después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	¿El trabajo se realiza con las herramientas apropiadas de acuerdo a la tarea?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	¿La herramienta se encuentra 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 flexiona ligeramente el cuerpo para levantarla?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
35	¿La carga se levanta lentamente doblando las piernas y no el tronco?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
36	Al levantar y transportar la carga ¿el trabajador usa ayudas mecánicas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
37	¿La carga que sobrepasa la capacidad individual de la persona (25 kg desde el suelo, 20 kg desde el antebrazo, 10 kg por encima de la cabeza) es transportada entre dos personas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
38	Antes de levantar la carga se verifica el camino para el equipo no tenga pendientes	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
39	¿La carga apoyada, reajustada la forma de los objetos para el levantamiento de cargas de forma manual correcta?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sobre la Prevención de Golpes, Caídas 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.**
a	Los equipos están libres de objetos que puedan ocasionar golpes y las maniobras que ejecutan el personal?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
b	El personal evita caminar cerca de cargas suspendidas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
c	Las personas tienen precaución al caminar por vías, escaleras y alrededores congestionados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
d	¿Se cuenta con punto ecológico y se encuentra libre de residuos de poda?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
e	¿Se tiene de control de riesgo y identificar en especial los riesgos y peligros 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	¿La fuente de ignición cuenta con equipos apropiados y en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
46	¿Los extintores se encuentran cargados?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
47	¿Se señalizan y demarcan las áreas de riesgo de incendio?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
48	¿Los números telefónicos de emergencia se encuentran en un lugar visible?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Condición de Protección ¿Se cuenta en general con las condiciones de seguridad establecidas para realizar la actividad?	SI		NO		AUTORIZA - RESIDENTE SISO - INSPECTOR SST													

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

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

FIRMA RESPONSABLE SST

Stephanny Garay

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	FEBRERO.		
SEMANA COMPRENDIDA :	FECHA INICIAL 01 / 25	FECHA FINAL	01 / 25.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	HOJA DE LA SEMANA INSPECCIONADA
						armado y colocacion de formaleta para losa entrepiso. losa cubierta y levantes de muros	

DIAS DE LA SEMANA	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			OBSERVACIONES
ASPECTO GENERALES	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
1 Los trabajadores disponen de dotación y EPP requeridos para las actividades que realizan ?																✓			
2 La dotación y EPP se encuentran en buen estado?																✓			
3 Los trabajadores hacen uso de los elementos de protección suministrados?																✓			
4 El personal se encuentra afiliado al SGSS (ARL EPS y AFP)																✓			
5 Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecución de las actividades																✓			
6 Se observa algún trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva ?																✓			
7 Se implementan programas de seguridad, antes y durante en las frentes de obra?																✓			
8 El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor																✓			
9 Se revisa los planos de redes de servicios públicos, se realiza apiques para su ubicación?																✓			
10 Todos los trabajadores cuentan con las evaluaciones medicas de ingreso ?																✓			
11 Los baños se encuentran en buen estado ubicados a un nivel diferente del piso, limpios y aseados?																✓			
12 La cartilla está correctamente ubicada y se encuentra limpia y en buen estado?																✓			
13 Se ha establecido sistemas de control de acceso para evitar accidentes a trabajadores y peatones?																✓			
14 Se cuenta con ayudante de maquina en las 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 aseos con los reglas 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.	
17 La obra cuenta con la señalización correspondiente según el tipo de actividades que se desarrollan ?																✓			
18 Se cuenta con personal para dirigir el tráfico en la obra portan su paleta de color roja (PARE) y verde (SIGA).																✓			
19 La señalización se encuentra en buen estado?																✓			
20 Se cuenta con la documentación de la maquinaria.																✓			
21 Se encuentran señales y vallas de las rutas para peatones?																✓			
22 Existen adecuados cerrados de acceso, peatonal, para que los obreros puedan circular sin problema en la obra?																✓			
23 Las estructuras se encuentran señalizadas, cubiertas y con días especiales para desencofrarlas?																✓			
24 El perímetro de la obra se encuentra bien cerrado y señalizado ?																✓			
25 Los materiales que se utilizan en la obra se encuentran demarcados y señalizados?																✓			
26 Se manejan carteles 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: FEBRERO.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 01/25. FECHA FINAL 01/25.

	Manejo de equipo, herramientas y materiales en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
28	Las herramientas, equipos y materiales se encuentran bien almacenados?																✓		
29	Los mangueras se revisan regularmente para verificar su estado?																✓		
30	Las herramientas se distribuyen organizadamente después de su uso?																✓		
31	Se trabaja con las herramientas apropiadas de acuerdo a la tarea?																✓		
32	El mantenimiento se implementa en su área?																✓		
33	Se le capacita diariamente 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 hasta donde puede llegar para levantarla																✓		
35	La carga se levanta correctamente doblando las piernas y no el tronco																✓		
36	Moviliza y transporta las cargas al municipio con una ayuda mecánica?																✓		
37	Las cargas que sobrepasan lo capaz para individual de la persona (25 kg) deben ser movidas por dos personas (Mujeres máximo 20 kg y hombres máximo 40 kg)?																✓		
38	Antes de levantar la carga se verifica el camino por el cual va a hacer transportada?																✓		
39	Los trabajadores participan en forma activa en las actividades de Higiene Postural y Manejo de Cargas?																✓		
	Sobre la Prevención de Golpes, Caídas 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.**
a	Los pasillos están libres de obstáculos que puedan ocasionar caídas y las materiales que obstaculicen el paso?																✓		
b	El personal porta correctamente el casco?																✓		
c	Los personas tienen prescripción al trabajar con ellos (lesiones y dificultades auditivas)?																✓		
d	Se cuenta con punto ecológico y la señalización fuera de las medidas de cintas?																✓		
e	Se tiene identificado cuales son las áreas de cargue y descargue de materiales?																✓		
	Sobre la Prevención de Incendio	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**
a	El área de trabajo cuenta con equipo apropiado contra incendios?																✓		
b	Los Extintores se encuentran cargados?																	✓	
c	Las salidas y pasillos se encuentran despejadas?																✓		
d	Los números telefónicos de emergencia se encuentran en un lugar visible?																✓		
	Condición de inseguridad: ¿Se evidencia un desarrollo de las condiciones de seguridad adecuadas para realizar la actividad?	SI	✓	NO		NOTORIA - RESIDENTE CSHS - INSPECTOR SST														

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

RESPONSABLE 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 :	**FEBRERO**

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	ABRAHAM DAVID RODRÍGUEZ ESCUDERO	C1193043889	AYUDANTE	10-01-2025	1/02/2025	SURA	EPS COOSALUD MOVILIDAD	PORVENIR
2	ADRIAN JOSE DIAZ ZARZA	C1007245348	AYUDANTE	09-01-2025	1/02/2025	SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
3	ALBERTO JARABA ENRIQUE	C1007245223	AYUDANTE	17-01-2025	1/02/2025	SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PORVENIR
4	ALEX CUESTA BENITEZ	C1065373424	AYUDANTE	13-01-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	COLPENSIONES
5	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	C1131108085	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PORVENIR
6	ALFREDO CONEO CARMONA	C15618232	AYUDANTE	16-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
7	ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	1116615548	BODEGUERO	09-01-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
8	ANI LUZ SUAREZ MORALES	C1007245380	AYUDANTE	09-01-2025	8/02/2025	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PROTECCION
9	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	15620652	AYUDANTE	09-01-2025	28/02/2025	SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	COLPENSIONES
10	BRAYNER JOSE TEHERAN DEL TORO	C1192781420	AYUDANTE	17-01-2025	1/02/2025	SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
11	CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA	C1005708765	AYUDANTE	09-01-2025	2/02/2025	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
12	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	C1047393966	RESIDENTE	14-06-2024		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
13	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	C1005708548	AYUDANTE	14-01-2025		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
14	CARLOS FARITH GARCÍA MORELO	C1003344259	AYUDANTE	11-01-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
15	CARLOS MARIO AGAMEZ RODRÍGUEZ	C1073788334	AYUDANTE	16-01-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	COLPENSIONES
16	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	C1131106681	AYUDANTE	09-01-2025	1/02/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
17	DANIEL DARIO DÍAZ PEREZ	C1192749961	OFICIAL DE OBRA	09-01-2025	1/02/2025	SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	COLPENSIONES
18	DANIEL DAVID GONZALEZ MONTERROZA	C1129504510	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
19	DEIVIN SANTIAGO MENDOZA NUÑEZ	C15703177	AYUDANTE	11-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
20	DINEY PAMELA OSPINO JIMENEZ	C1067920553	DIRECTORA	14-06-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLFONDOS
21	EDER LUIS RINCO SUAREZ	C1005708714	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
22	EDGAR LUIS FERIA MARQUEZ	C15617886	AYUDANTE	17-01-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	COLPENSIONES
23	MANUEL DE JESUS ARRIETA PATERNINA	C1131105563	AYUDANTE	10-01-2025		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
24	ELIECER BANGUERA MARQUEZ	C1072526700	AYUDANTE	17-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
25	ELIECER CONEO MARQUEZ	C1131104488	AYUDANTE	09-01-2025	1/02/2025	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLPENSIONES

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 :	**FEBRERO**

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	ENRIQUE ALBERTO HERNANDEZ GARAY	C92230267	AYUDANTE	11-01-2025	1/02/2025	SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
2	EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ	C92496761	MAESTRO DE OBRA	14-06-2024		SURA	SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	NINGUNA AFP
3	EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	C92539319	OFICIAL	09-01-2025	28/02/2025	SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PROTECCION
4	FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	C1003655340	AYUDANTE	09-01-2025	28/02/2025	SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
5	FARID LEONARDO MARTÍNEZ CARMONA	C1067403531	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PROTECCION
6	FRANCISCO ANTONIO JARABA MARTINEZ	C1131104926	AYUDANTE	13-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
7	FREDY ALEJANDRO LOPEZ TORRES	C1073788006	AYUDANTE	16-01-2025		SURA	SURA EPS	PORVENIR
8	GABRIEL MORENO LICONA	C1072529607	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	EPS COOSALUD MOVILIDAD	PORVENIR
9	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	C1005708688	AYUDANTE	09-01-2025	1/02/2025	SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
10	GUSTABO RAMOS DÍAZ	C1131110304	AYUDANTE	10-01-2025	1/02/2025	SURA	EPS COOSALUD MOVILIDAD	PORVENIR
11	HELIODORO PRADA REGINO	C78717284	OFICIAL	09-01-2025	1/02/2025	SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
12	OVER LUIS HERRERA TIRADO	C78704837	PLOMERO	09-01-2025		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
13	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	C1005708729	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
14	IVAN MADRID ROMERO	C1193087173	AYUDANTE	09-01-2025	28/02/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
15	IVAN DANILO DORIA TIRADO	C1064310879	AYUDANTE	10-01-2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	COLPENSIONES
16	IVAN DARÍO SALGADO CRUZ	C1067855135	OPERADOR MINI	09-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
17	JAIDER CHAMORRO ESTRADA	C92640310	OFICIAL	09-01-2025	28/02/2025	SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
18	JAIME LUIS AVILA CARRASCAL	C78076914	OFICIAL	09-01-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
19	JERSSON MORALES RINCON	C1072531796	AYUDANTE	14-01-2025		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	COLFONDOS
20	JHON JAIRO BANQUET DONADO	C15621529	AYUDANTE	09-01-2025	1/02/2025	SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
21	JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	C1131104030	AYUDANTE	09-01-2025	1/02/2025	SURA	EPS COOSALUD MOVILIDAD	PORVENIR
22	JOHANA KARINA FUENTES PEÑA	C50909828	DIRECTORA DE OBRA	14-06-2024		SURA	SURA EPS	COLFONDOS
23	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	C15034491	AYUDANTE	09-01-2025	28/02/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
24	CLEMENTE GREGORIO LOPEZ MARTÍNEZ	C78708357	OFICIAL	01-02-2025		SURA	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	COLFONDOS
25	DUBAN ARIAS MADRID	C1131104002	AYUDANTE	01-02-2025	22/02/2025	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

900 / 818

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 :	**FEBRERO**

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	JORGE ELIECER GARZON LOPEZ	C15682314	OBRA	09-01-2025	1/02/2025	SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
2	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI	C9074773	TECNICO ESTRUCTURAL	14-06-2024		SURA	SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	NINGUNA AFP
3	JOSE ANGEL PEREZ GARCÍA	C1005662930	AYUDANTE DE OBRA	11-01-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PROTECCION
4	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	C8741258	OBRA	09-01-2025	1/02/2025	SURA	SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
5	JUAN CAMILO BLANCO VANEGAS	C1101440312	AYUDANTE DE OBRA	17-01-2025	1/02/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
6	JULIO CESAR POSSO PEREZ	C1072522158	OBRA	09-01-2025		SURA	SOLIDARIA SALUD EPS	PROTECCION
7	JUSTO MIGUEL LOZANO LICONA	C7374997	OBRA	11-01-2025	1/02/2025	SURA	SOLIDARIA SALUD EPS	COLFONDOS
8	JYAN CARLOS MARTINEZ HERNANDEZ	C1005710009	AYUDANTE DE OBRA	17-01-2025	1/02/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
9	KAROLAY CARABALLO REYES	C1069496540	SOCIAL	09-01-2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PORVENIR
10	KENER GONZALEZ BANQUET	C1007245339	OBRA	09-01-2025	1/02/2025	SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PROTECCION
11	LEONARDO FAVIO RIVERA GARRIDO	C15620960	AYUDANTE DE OBRA	14-01-2025		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLFONDOS
12	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	C1005708736	AYUDANTE DE OBRA	09-01-2025		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
13	LUIS DAVID MARTINEZ HERNANDEZ	C1131104484	AYUDANTE DE OBRA	17-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
14	SALGADO PADILLA LUIS EDUARDO	C1067280132	PROF SEGURIDAD	14-06-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
15	LUIS MIGUEL GONZALEZ DIAZ	C1072525704	OBRA	17-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
16	LUISA FERNANDA SIBAJA LUNA	C1003395473	INSPECTORA	17-08-2024		SURA	PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
17	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	C1131108476	OBRA	09-01-2025	26/02/2025	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
18	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	C1064309595	OBRA	09-01-2025		SURA	SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
19	MANUEL SEGUNDO PADILLA SIERRA	C15029586	OBRA	09-01-2025	22/02/2025	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
20	MARCELINO SANTOS GOMEZ	C15618456	OBRA	17-01-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLPENSIONES
21	MARCO EMILIO ATENCION AVILA	C92540327	OBRA	11-01-2025		SURA	SOLIDARIA SALUD EPS	COLFONDOS
22	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	C1193556241	OBRA	09-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
23	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	C1073809586	OBRA	09-01-2025		SURA	PROMOTORA DE SALUD	PROTECCION
24	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	C1131108401	OBRA	09-01-2025	28/02/2025	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLPENSIONES
25	EDUARDO JOSE SANTOS JULIO	C1131107866	AYUDANTE DE OBRA	01-02-2025	22/02/2025	SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP

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 :	FEBRERO

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDES	C73432693	AYUDANTE DE OBRA	09-01-2025		SURA	SER EMPRESA	PROTECCION
2	RICARDO JOSE MANJARREZ PAREJO	C1007564070	AYUDANTE DE OBRA	18-01-2025	25/02/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
3	RICARDO JOSE CHICA BORJA	C1193050239	AYUDANTE DE OBRA	17-01-2025	22/02/2025	SURA	SER EMPRESA	PORVENIR
4	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	C11000373	MAESTRO DE OBRA	09-01-2025		SURA	SER EMPRESA	PORVENIR
5	SEBASTIAN ANDRES ESCUDERO BELLO	C1131109246	AYUDANTE DE OBRA	11-01-2025	1/02/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
6	STEPHANNY GARAY SALGADO	C1131104122	AUXILIAR SISO	09-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION
7	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	C1131107171	ING AMBIENTAL	09-01-2025		SURA	ENTIDAD PROMOTORA	PORVENIR
8	TEODORO MANUEL GARCIA HERNANDEZ	C8168513	AYUDANTE DE OBRA	11-01-2025	1/02/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
9	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	C92517051	ARQUITECTO	09-01-2025		SURA	ENTIDAD PROMOTORA	PORVENIR
10	WILBER URANGO HERNANDEZ	C1131104595	AYUDANTE DE OBRA	13-01-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	COLPENSIONES
11	WILFRIDO MARQUEZ GARCES	C15621843	AYUDANTE DE OBRA	09-01-2025	25/02/2025	SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA	PORVENIR
12	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	C1067400596	AYUDANTE DE OBRA	09-01-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLPENSIONES
13	YEINER BRAVO CASTRO	C1193543998	AYUDANTE DE OBRA	09-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
14	EDWIN LUIS GANCES MORELO	C1072524243	AYUDANTE DE OBRA	01-02-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA	PORVENIR
15	ANDRES FELIPE AVILA CANCHILA	C1131108993	AYUDANTE DE OBRA	01-02-2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PORVENIR
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

mutualser

NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23001-00055055-SM

Fecha de Radicación: 13/12/2025

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	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			
LOZANO	LICONA	JUSTO	MIGUEL

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	7374997	Femenino ( ) Masculino (X)	02/11/1956

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo ( ) Condición ( )	12.52	5

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SUNAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	COLFONDOS	1423500

18. Residencia				
CRA 14C N 35 48 LA GLORIA	3215006	3215006780		
MONTERIA Municipio/Distrito	Zona	Urbana (X) Rural ( )	URB. LA GLORIA Localidad/Comuna	CORDOBA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			

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	RAMOS	MANCHEGO	KEVIN	ANDRES
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	Cédula de ciudadanía	1071353564		X	26/12/2001
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

29	Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1	Hijo o hija	06					
B2							
B3							
B4							
B5							

32	Datos de residencia	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Urban	Rural			
B1	MONTERIA		X	CORDOBA	3135658742	
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		UT SALUD EN ACCION	230010151701
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 CIMO HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	Empleador

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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención que transforma vidas
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
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

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha: 1 1 0 1 2 0 2 5
PS anterior	44. Motivo de Traslado: Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
Justo Lozano	Leidi Yanet

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
Cantidad: [0] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [0] Total [0]

- 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: 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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23001-00066318-SM

Fecha de Radicación: 07 02 2022 5

I. DATOS DE TRÁMITE

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

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

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

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

6. Apellidos y Nombres			
PALMERA	APARICIO	ROMULO	EDUARDO
7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	11000373	Femenino ( ) Masculino (X)	24 01 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo ( )	Condición ( )	12.48	5

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PORVENIR	1423500

18. Residencia				
MZ 122 LT 5			3184441237	
MONTERIA	Zona	Urbana ( ) Rural (X)	MONTERIA	CORDOBA
Municipio/Distrito			Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
( )		Femenino ( ) Masculino ( )	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención que tanto queremos
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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 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

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

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

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

65. 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		
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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin barreras visibles
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23675-00008423-SM

Fecha de Radicación: 07/02/2021

I. DATOS DE TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y Nombres			
PRADA	REGINO	HELODORO	
7. Tipo de Documento de Identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 78717284	9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)	10. Fecha de Nacimiento: 23/09/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo	Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
OE			1	0	0

15. Administradora de Riesgos Laborales	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización (IBC)
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PORVENIR	1423500

18. Residencia				
CLL 42 # 7 - 40		3126618060		
SAN BERNARDO DEL VIENTO	Zona: Urbana ( ) Rural (X)	SAN BERNARDO DEL VIENTO	CORDOBA	
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	23. Fecha de Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
E 1		
E 2		
E 3		
E 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 CIAO HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	Empleador

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

Powered by CamScanner

mutualser

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
13. Movilidad — A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
14. Traslado — A. Mismo Régimen / B. Diferente
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Sexo	Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
						0 2 0 2 2 0 2 5

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
Heliodoro Prada	Leydi Yara

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: RA | 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: 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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23672-00006750-SM

Fecha de Radicación: 07/02/2025

I. DATOS DE TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y Nombres			
CHICA	BORJA	RICARDO	JOSE
7. Tipo de Documento de Identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1193050239	9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)	10. Fecha de Nacimiento: 02/12/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad			13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo: ( )	Condición: (X)		30	5
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: COMPAÑIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	16. Administradora de Pensiones: PORVENIR		17. Ingreso Base de Cotización - IBC: 1423500		
18. Residencia: ABROJAL SECTOR LA PLAZA CLL 20 DE JULIO					
SAN ANTERO (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana (X) Rural ( )	SAN ANTERO (Localidad/Comuna)	CORDOBA (Departamento)		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de Identidad ( )	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	23. Fecha de Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención centrada en ti
NIT 806.008.394-4

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
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

Tipo de documento de identidad		Sexo	Femenino ( ) Masculino ( )	Fecha de nacimiento	42. Fecha 0 2 0 2 2 0 2 5
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
Ricardo Chala.	Leidy Yepes

IX. ANEXOS

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

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

RICARDO JOSE CHICA BORJA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.050.239**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

mutualser

NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 70001-00037291-SM

Fecha de Radicación: 13 01 2021

I. DATOS DE TRÁMITE

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

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

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	
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			
SANTOS	GOMEZ	MARCELINO	
7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	92540327	Femenino ( ) Masculino (X)	27 02 1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo ( )	Condición ( )	10.08	9

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
COMPAÑIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	COLFONDOS	1423500

18. Residencia			
CL 4 LT 129		3127253078	
SINCELEJO Municipio/Distrito	Zona: Urbana ( ) Rural (X)	SINCELEJO Localidad/Comuna	SUCRE Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino ( ) Masculino ( )	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

32	Datos de residencia	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	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 Dirección	7910612 Teléfono	consorciocmohospitalsucre@gmail.com Correo electrónico	MONTERIA Municipio/Distrito	CORDOBA Departamento

Powered by CamScanner

mutualser

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

III. 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
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

Tipo de documento de identidad		Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 1 0 1 2 0 2 5

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
Marcelino Santos	Yeudis Yance

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: (RN) (RC) (TI) (CC) (PA) (CE) (CD) (SC)
  Cantidad: 0 _ _ _ _ _ _ 0 Total 0
- [ ] 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		
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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin barreras
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23672-00006752-SM

Fecha de Radicación: 07 02 2022 05

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	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			
POSSO	PEREZ	JULIO	CESAR
7. Tipo de Documento de Identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de Nacimiento**
CC	1072522158	Femenino ( ) Masculino (X)	11 10 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PROTECCION	1423500

18. Residencia			
CL BARRIO PARAISO # 1 - 1		3003891156	
SAN ANTERO (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana (X) Rural ( )	PARAISO (Localidad/Comuna)	CORDOBA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
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 Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

Powered by CamScanner

mutualser

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

Tipo de documento de identidad		Sexo	Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 0 2 0 2 2 0 2 0
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 Posso	Leidit Yann

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		
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

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellin, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C1072524243	GANCES MORELO EDWIN LUIS	01/02/2025		91323323	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 07:56:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDWIN LUIS GARCES MORELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.524.243**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23672-00006756-SM

Fecha de Radicación: 07/02/2025

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 ( ) B. Colectiva ( ) C. Institucional ( ) D. De Oficio ( ) Cotizante o Cabeza de Familia (X) Beneficiario o Afiliado ( )	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			
GARCES	MORELO	EDWIN	LUIS
7. Tipo de Documento de Identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de Nacimiento**
CC	1072524243	Femenino ( ) Masculino (X)	13/06/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo ( )	Condición ( )	33.99	5

15. Administradora de Riesgos Laborales	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PORVENIR	1423500

18. Residencia			
ST SAN SALVADOR CALLE 83 NO 76 C	3007297	3007297624	
SAN ANTERO	Zona: Urbana (X) Rural ( )	CAMPANO	CORDOBA
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
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	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Powered by CamScanner

mutualser

FORMULARIO UNICO 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
13. Movilidad — A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado
14. Traslado — A. Mismo Régimen; B. Diferente
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2 1 0 2 2 0 2 5

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
Edwar Garces	Leidy Yonn

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		
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

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %
076706357	LOPEZ MARTINEZ CLEMENTE GREGORIO	01/02/2025		Q5*17247	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 07:40:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin barrera nueva
NIT 805.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23001-00066303-SM

Fecha de Radicación: 07/12/2022

I. DATOS DE TRÁMITE

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

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

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

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

6. Apellidos y Nombres			
LOPEZ	MARTINEZ	CLEMENTE	GREGORIO
7. Tipo de Documento de Identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 78708357	9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)	10. Fecha de Nacimiento: 19/01/1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
OE	Tipo: ( )	Condición: ( )	0	5

15. Administradora de Riesgos Laborales	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	COLFONDOS	1423500

18. Residencia			
KM 05 VIA PLANETA RICA		3126621583	
MONTERIA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana ( ) Rural (X)	CAÑO VIEJO PALOTAL (Localidad/Comuna)	CORDOBA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de Identidad: ( )	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	23. Fecha de Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

Powered by CamScanner

mutualser

NIT 806.008.394-3

FORMULARIO UNICO 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
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Sexo	Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
						01 02 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
Clemente L	Jenifer Pavon

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

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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 08758-00058832-SM

Fecha de Radicación: 07/02/2025

I. DATOS DE TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

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

6. Apellidos y Nombres			
FERNANDEZ	BENAVIDEZ	PEDRO	MIGUEL
7. Tipo de Documento de Identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de Nacimiento**
CC	73432693	Femenino ( ) Masculino (X)	28/11/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PROTECCION	1423500

18. Residencia			
CL 49A 2D3 63		3184441237	PEDROFERNANDEZ82@GMAIL.COM
SOLEDAD — Municipio/Distrito	Zona: Urbana ( ) Rural (X)	SOLEDAD — Localidad/Comuna	ATLANTICO — Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de Identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de Nacimiento**
( )		Femenino ( ) Masculino ( )	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención en todo momento
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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
Pedro Fernandez	Jenifer Yepes

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		
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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin fecha vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23672-00006762-SM

Fecha de Radicación: 07 22 02 25

I. DATOS DE TRÁMITE

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

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

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

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

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo ( ) Condición ( )	0	5

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	PORVENIR	1423500

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de Nacimiento**
( )		Femenino ( ) Masculino ( )	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7 - 40 LOCAL 1 (Dirección)	7919812 (Teléfono)	consorciocmohospitalsucre@gmail.com (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/Distrito)	CORDOBA (Departamento)

Powered by CamScanner

mutualser

NIT 806.008.394-3

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
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

Tipo de documento de identidad		Sexo	Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
						2 2 / 2 2 / 0 2 / 2

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
Yaiser Vargas	Leydi Yanet

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [x] 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		
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

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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:	8.96 %	
C1131104582	CHICA MONTERROZA OSCAR LUIS	01/02/2025		24795240	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 07:36:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.103.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OSCAR LUIS CHICA MONTERROZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.104.582**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin barreras
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 13001-00153268-SM

Fecha de Radicación: 07/02/2025

I. DATOS DE TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y Nombres			
CHICA	MONTERROZA	OSCAR	LUIS
7. Tipo de Documento de Identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1131104582	9. Sexo: Femenino ( ) Masculino (X)	10. Fecha de Nacimiento: 01/02/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo: ( ) Condición: ( )		39.42	5
15. Administradora de Riesgos Laborales - CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP	16. Administradora de Pensiones: PORVENIR		17. Ingreso Base de Cotización - IBC: 1423500	
18. Residencia: ZARAGOCILLA AV CONSULADO 53 44		3007416520		
CARTAGENA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana (X) Rural ( )	BARRIO EL REDENTOR (Localidad/Comuna)	BOLIVAR (Departamento)	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres			
20. Tipo de Documento de Identidad ( )	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )	23. Fecha de Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	BUELVAS	GARCES	ANGELICA	
B2				
B3				
B4				
B5				

25.	Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	Cédula de ciudadanía	22809889	X		30/01/1979
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

29.	Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: F	Tipo: N	M	Condición: T	P
B1	Padre o madre del cónyuge	06					
B2							
B3							
B4							
B5							

32.	Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urban	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)
B1	CARTAGENA	X		BOLIVAR	3007416520	
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 CMC HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	Empleador

39. Ubicación				
CALLE 42 # 7 - 40 LOCAL 1 (Dirección)	7919012 (Teléfono)	consorciocmchospitalsucre@gmail.com (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/Distrito)	CORDOBA (Departamento)

Powered by CamScanner

mutualser

NIT 806 008 394-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad		Sexo	Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha 2 1 0 2 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 información 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

Oscar Chica	Deivit Paner
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	
	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 enticad 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		
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

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298499	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072525704	LUISMIGUEL GONZALEZ DIAZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1101440312	JUANCAMILO BLANCO VANEGAS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131106681	CARLOSMARIO SIERRA BELLO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15034491	JOHNNYLUIS DORIA MOLINA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15620652	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298499	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072525704	LUISMIGUEL GONZALEZ DIAZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1101440312	JUANCAMILO BLANCO VANEGAS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131106681	CARLOSMARIO SIERRA BELLO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15034491	JOHNNYLUIS DORIA MOLINA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15620652	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298499	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072525704	LUISMIGUEL GONZALEZ DIAZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1101440312	JUANCAMILO BLANCO VANEGAS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131106681	CARLOSMARIO SIERRA BELLO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15034491	JOHNNYLUIS DORIA MOLINA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15620652	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FRANCISCO ANTONIO MARTINEZ JARABA, Identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.104.926**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298510	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131104926	FRANCISCOANTONIO MARTINEZ JARABA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007245339	KENER GONZALEZ BANQUET	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18857561	JAIRODE JESUS RAMOS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193556241	MARCOEMILIO ATENCIO AVILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-22
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007564070	RICARDOJOSE MANJARRES PAREJO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298510	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131104926	FRANCISCOANTONIO MARTINEZ JARABA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007245339	KENER GONZALEZ BANQUET	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18857561	JAIRODE JESUS RAMOS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193556241	MARCOEMILIO ATENCIO AVILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-22
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007564070	RICARDOJOSE MANJARRES PAREJO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298510	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131104926	FRANCISCOANTONIO MARTINEZ JARABA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007245339	KENER GONZALEZ BANQUET	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18857561	JAIRODE JESUS RAMOS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193556241	MARCOEMILIO ATENCIO AVILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-22
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007564070	RICARDOJOSE MANJARRES PAREJO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298510	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131104926	FRANCISCOANTONIO MARTINEZ JARABA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007245339	KENER GONZALEZ BANQUET	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18857561	JAIRODE JESUS RAMOS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193556241	MARCOEMILIO ATENCIO AVILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-22
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007564070	RICARDOJOSE MANJARRES PAREJO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C18857561	RAMOS RODRIGUEZ JAIRO DE JESUS	01/02/2025		230t6226	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 08:18:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298510	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131104926	FRANCISCOANTONIO MARTINEZ JARABA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007245339	KENER GONZALEZ BANQUET	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18857561	JAIRODE JESUS RAMOS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193556241	MARCOEMILIO ATENCIO AVILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-22
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007564070	RICARDOJOSE MANJARRES PAREJO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C1131108993	AVILA CANCHILA ANDRES FELIPE	01/02/2025		15328y24	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 07:50:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298518	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1067403531	FARIDLEONARDO MARTINEZ CARMONA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108993	ANDRESFELIPE AVILA CANCHILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108085	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193087173	IVAN MADRID ROMERO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003655741	LEOVIGILDO JIMENEZ TORRES	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C1003655741	JIMENEZ TORRES LEOVIGILDO	01/02/2025		220i1316	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 07:33:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEOVIGILDO JIMENEZ TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.655.741**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298518	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1067403531	FARIDLEONARDO MARTINEZ CARMONA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108993	ANDRESFELIPE AVILA CANCHILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108085	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193087173	IVAN MADRID ROMERO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003655741	LEOVIGILDO JIMENEZ TORRES	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298518	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1067403531	FARIDLEONARDO MARTINEZ CARMONA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108993	ANDRESFELIPE AVILA CANCHILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108085	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193087173	IVAN MADRID ROMERO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003655741	LEOVIGILDO JIMENEZ TORRES	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298518	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1067403531	FARIDLEONARDO MARTINEZ CARMONA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108993	ANDRESFELIPE AVILA CANCHILA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131108085	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193087173	IVAN MADRID ROMERO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003655741	LEOVIGILDO JIMENEZ TORRES	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298536	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193543998	YEINER BRAVO CASTRO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072526700	ELIECER BANGUERA MARQUEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15618232	ALFREDO CONEO CARMONA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1069496540	KAROLAY CARABALLO REYES	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131104122	STEPHANNY GARAY SALGADO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELIECER BANGUERA MARQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.526.700**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298536	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193543998	YEINER BRAVO CASTRO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072526700	ELIECER BANGUERA MARQUEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15618232	ALFREDO CONEO CARMONA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1069496540	KAROLAY CARABALLO REYES	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131104122	STEPHANNY GARAY SALGADO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALFREDO CONEO CARMONA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **15618232,** se encuentra afiliado/a desde **27/07/1998** 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 04 de febrero de 2025.

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.

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298536	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193543998	YEINER BRAVO CASTRO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072526700	ELIECER BANGUERA MARQUEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15618232	ALFREDO CONEO CARMONA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1069496540	KAROLAY CARABALLO REYES	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131104122	STEPHANNY GARAY SALGADO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

X					X
MORENO	LICONA	GABRIEL			
CC	1.072.529.607		X	0 3 0 3 1 9 9 6	
SURA		PORVENIR		1.423.500	
CALLE 2 # 2-10		3009526471		gabrielmoreno@gmail.com	
COVEÑAS	X	VEREDA ALGARROBO		SUCRE	

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		NIT	901811441-3		
CALLE 42 # 7-42 LOCAL 1	7919612	conosrciocmohospitalsucre@gmail.com		MONTERIA	CORDOBA

Powered by CamScanner

III. REPORTE DE NOVEDADES

X X

020 2 2025

Gabriel Moreno

Leidy Yaner

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

Nro. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

IV. DATOS DEL COTIZANTE

1. Tipo de Afiliado	2. Tipo de Aportante	3. Régimen
X		X

4. Tipo de cotizante	5. Subtipo de cotizante	Código

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

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RAMOS	DIAZ	GUSTABO	ADOLFO
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1.131.110.304	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino X	10. Fecha de nacimiento: 28 09 1996

11. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos particulares

12. Etnia	13. Discapacidad	14. Pertenece a población migrante	15. Grado de escolaridad

16. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	17. Administradora de Pensiones	18. Ingreso Base de Cotización
SURA	PORVENIR	1.423.500

19. Residencia			
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CALLE 1 # 2-13		3046131610	gustaboramos@gmail.com
Municipio de residencia	Zona: Urbana X / Rural ☐	Nacionalidad	Departamento
COVEÑAS		VEREDA GUYABAL	SUCRE

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

20. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
21. Tipo de documento de identidad	22. Número del documento de identidad	23. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	24. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	25. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	26. Tipo de documento de identidad	27. Número del documento de identidad	28. Sexo: Femenino	Masculino	29. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	30. Parentesco	31. Etnia	32. Discapacidad: Tipo I	M	M	33. Escolaridad: I	
01							
02							
03							
04							
05							

	34. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	35. Valor de la UPC adicional (cotizante de régimen pensional exceptuado)
01						
02						
03						
04						
05						

	36. Nombre de la sede donde prestará los servicios de salud	Código de la sede
A		
C		
P		
I		

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

37. Razón social o nombre	38. Tipo de documento de identificación	39. Número del documento de identificación	40. Tipo de aportante
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

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

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de novedad

1. Ingreso
2. Traslado de datos previos de identificación
3. Corrección de datos básicos de identificación
4. Actualización de datos básicos de identificación
5. Actualización y corrección de datos complementarios
6. Identificación de beneficiarios de la ADRES
7. Retiro
8. Reporte de novedades de afiliados adicionales
9. Actualización de beneficiarios de afiliados adicionales
10. Reporte de novedades laborales o actualización de condiciones para cotizar
11. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

X 12. Novedad X

13. Traslado

A. Régimen Contributivo
B. Régimen Subsidiado
C. Movilidad Régimen
D. Obligatorio a Régimen
E. Obligatorio Régimen

14. Reporte de fallecimiento
15. Reporte de Terminación de protección laboral cesantía
16. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
17. 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	43. Edad
		Femenino ☐ Masculino ☐		02022025

44. EPS anterior

46. Motivo de traslado. Código:

45. Días de cotización reportados a la EPS anterior

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 le impidió la oportuna presentación de la novedad de retiro
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, obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante y 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 o bases de datos que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante y 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 mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Gustavo Ramos

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Leidi Yaneth

55. El representante, apoderado o encargado debidamente autorizado por la institución prestadora de salud

IX. ANEXOS

56. Anexa copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad: Total:

57. Copia del documento de independencia permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos o cesación de efectos civiles de matrimonio religioso, o 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 acta administrativa de custodia
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de quien ejerció la patria potestad o la declaración jurada por la cual se hace constar 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 recibir afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de pensionado o de beneficiario de la sustitución pensional

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

OBSERVACIONES

Al diligenciar el presente formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones que en él se consignan. Artículo 15 Ley

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

I. DATOS DEL TRABAJADOR

1. Tipo de cotizante: 1. Afiliado X	2. Tipo de Afiliado: A. Dependiente		3. Régimen: X
4. Tipo de usuario: A. Cotizante	Tipo de cotizante: A. Dependiente		

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

5. Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ	ESCUDERO	ABRAHAM	DAVID
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
6. Tipo de documento de identidad: CC	7. Número de documento de identidad: 1.193.043.889	8. Sexo: X	9. Fecha de nacimiento: 03 02 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Pueblo Indígena	14. Nivel de escolaridad
15. Administradora de Régimen Anterior (AFP)	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización	18.
SURA	PORVENIR		1.423.500

19. Residencia: CALLE 1 # 2-13		3123018504	davidescuder@gmail.com
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
COVEÑAS	Zona: Urbana X / Rural	VEREDA GUYABAL	SUCRE
Municipio		Vereda	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

20. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
21. Tipo de documento de identidad	23. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino / Masculino	24. Fecha de nacimiento

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

	25. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	27. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	32. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

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

	33. Municipio de residencia	Zona: Urbana	Rural	34. Departamento de residencia	35. Teléfono fijo con código de área	36. Número de la UPC del régimen contributivo o subsidiado en la que se encuentra afiliado
01						
02						
03						
04						
05						

37. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C	
B	
A	

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

38. Nombre o razón social	39. Tipo de documento de identificación	40. Número del documento de identificación	41.
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

42. Dirección: CALLE 42 # 7-42 LOCAL 1	7919612	conosrciocmohospitalsucre@gmail.com	MONTERIA	CORDOBA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

X X

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número de identificación de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento | Edad

02 02 2025

44. Motivo de retiro | Código | 45. Fecha de terminación del vínculo o suspensión del servicio

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

42. Declaración de veracidad de la información suministrada de los beneficiarios y afiliados adicionales

43. Declaración de no estar cotizando en ningún otro régimen de salud

44. Declaración de imposibilidad de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidieron la entrega física de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios

45. Declaración de no existencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

46. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica de los afiliados a cargo de terceros y para compartirla con quienes intervengan en la atención

47. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la atención o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados y demás sistemas de información que por sus funciones la requieran

48. 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 dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.

49. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Abraham Rodriguez

50. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Judit Yanez

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, copia de 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 o escritura pública que declare la cesación 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 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 jurada 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. Certificado 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 estos.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información registrada en el presente formulario es verídica y me comprometo a informar oportunamente cualquier modificación que se presente en la misma.

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014141703	06/02/2020

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 [X]
2. Tipo afiliacion: A. Individual [ ] -Cotizante Cabeza de familia [X] -Beneficiario afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Regimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución Solidaria: Si [ ] No [X]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: RIVERA	Segundo apellido: GARRIDO	Primer nombre: LEONARDO	Segundo nombre: FABIO

9. Tipo documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento	15. Fecha Nacimiento
CC	15620960	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: SUCRE Municipio: TOLU	04/03/1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo población especial
6		Si [ ] No [X] Categoria Discapacidad:	Si [ ] NO [X]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26. Residencia			
Direccion: CL 34 58	Telefono fijo:	Telefono celular: 3148941597	Correo electronico: RIVERA@GMAIL.COM
Departamento: SUCRE	Municipio/Distrito: SINCELEJO	Localidad / comuna:	zona: Urbana cabecera municipal [ ] Urbana centro poblado [X] Rural dispersa [ ] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento	34. Fecha Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar Nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SINCELEJO - VS VIVA SINCELEJO	VSSINCELEJ - VSSINCE
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	900814441	01

59. Ubicación				
Direccion: CL 42 7 40 LAURELES	Telefono fijo o celular: 7823456	Correo electrónico: LEU1973@HOTMAIL.COM	Departamento: CORDOBA	Municipio/distrito: MONTERIA

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Powered by CamScanner

No de Radicacion
4014141703

II. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 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. Inscripción EPS retorno al país
- [ ] 13. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Novedad [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	64. Fecha de nacimiento
[ ]				

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	D D M M A A A A	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

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

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

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

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

75. [X] 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

76. [X] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

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

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad
[ ]	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Leonardo Rivas	Linda Yuri

X. ANEXOS

82. [ ] Anexo Copia del documento de identidad: CN. [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [ ] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ] PT. [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [0]

83. [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. [ ] Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

85. [ ] Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

86. [ ] Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

87. [ ] Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

88. [ ] Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

89. [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

90. [ ] Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
[ ]	[ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
[ ]		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	
Observaciones		

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

Powered by CamScanner

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
RIVERA	GARRIDO	LEONARDO	FABIO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
15620960	X	1980 01 04	X	2025 06 02

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

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

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

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTINIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO identificado con el documento de identidad: C No. 15620960, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico rivera@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Leonardo Rivera

Nombres y Apellidos: LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO
Número de identificación: 15620960

Fecha de diligenciamiento
2025 06 02

Powered by CamScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014141700	06/02/2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) — Página 1 de 2

1. Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo afiliado: B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ — A. Individual — Cotizante Cabeza de familia ☒ — Beneficiario afiliado adicional ☐ — D. De oficio ☐
3. Regimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7. Codigo (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
PERALTA (Primer apellido)	CARDENAS (Segundo apellido)	GERMAN (Primer nombre)	ALONSO (Segundo nombre)

9. Tipo documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar Nacimiento	15. Fecha Nacimiento
CC	1005726688	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	País COLOMBIA Departamento BUCHE Municipio TOLU	09/05/2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo población especial
6		SI ☐ NO ☒ — Categoria Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR EPC	1423500	

26. Residencia			
CS 3 N 24 25 (Dirección)	Telefono fijo	3114289378 (Telefono celular)	GP10005@GMAIL.COM (Correo electronico)
CORDOBA (Departamento)	MONTERIA (Municipio/Distrito)	Localidad / comuna	Zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar Nacimiento	34. Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		País Departamento: Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar Nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54. Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C		VS UAB SINU CENTRO - VS UOO PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUOOPERLA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO SINU HOSPITAL BUCHE	NIT	901841441	01

59. Ubicación				
CL 42 7 40 LAURELES (Dirección)	7822457 (Telefono fijo o celular)	LEU.1973@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	CORDOBA (Departamento)	MONTERIA (Municipio/distrito)

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

Powered by CamScanner

No de Radicacion
4014141730

II. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del tránsito de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

III. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo Identificación F [ ] M [ ] T [ ] NR [ ] Otro [ ] Cual	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad 01/01/2020	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
72. [ ] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
75. [X] 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
76. [X] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [X] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ] PT. [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [1] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [1]

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

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

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

Powered by CamScanner

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
PERALTA	CARDENAS	GERMAN	ALONSO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1005708688	X	1996 02 03	X	2025 06 02

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

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

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

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS identificado con el documento de identidad: C No. 1005708688, doy mi consentimiento para que Salud Total EPS5 envíe al correo electrónico gp10005@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): German Peralta

Nombres y Apellidos: GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS
Número de identificación: 1005708688

Fecha de diligenciamiento
2025 06 02

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
CS2539319	FUENTES ARCIA EVER ANTONIO	01/02/2025		19318013	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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 08:26:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Febrero 8 de 2025

Señor:
FUENTES ARCIA EVER ANTONIO
CC 92539319
CR 19 44 63 -
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 1 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
FUENTES PATERNINA EVELIN PAOLA	1102813934	R	Jun-23-2010	30	129	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-3-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
FUENTES PATERNINA ELIVETH PAOLA	1102836245	R	Jun-23-2010	30	107	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-3-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
PATERNINA RIOS INGRID PAOLA	64898047	C	Jun-23-2010	29	102	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Ago-3-2011	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
FUENTES ARCIA EVER ANTONIO	92539319	C	Oct-1-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92539319	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92539319	Dependiente	VIGENTE
CONSORCIO DJ 2022	92539319	Dependiente	CERRADO
DEYIS DEL CARMEN SUAREZ BRAVO	92539319	Dependiente	CERRADO
ECOHABITAT LTDA	92539319	Dependiente	CERRADO
EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	Trabajador Independiente	CERRADO
JAVIER SEGUNDO TAPIAS COHEN	92539319	Dependiente	CERRADO
MARIA ALEJANDRA ARZUAGA PADILLA	92539319	Dependiente	CERRADO
TERESA DE JESUS BEDOYA HERRERA	92539319	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Febrero 8 de 2025

Señor;
MURILLO DE HOYOS PEDRO LUIS
CC. 92229029
VRD PUNTA SECA CL 1 - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de **Abril 15 de 2021**. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MURILLO PEREZ JUAN DIEGO	1007758862	C	Abr-15-2021	65	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE		Suspendido	Ninguna
MURILLO PEREZ MARIA PAOLA	1131107002	T	Abr-15-2021	65	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Suspendido	Ninguna
PEREZ MARTINEZ YEIMIS MARGOTH	33056104	C	Abr-15-2021	65	26	CONYUGE	VIGENTE		Suspendido	Ninguna
MURILLO DE HOYOS PEDRO LUIS	92229029	C	Abr-15-2021	65	26	COTIZANTE	VIGENTE		Suspendido	Ninguna
PEREZ HIJO DE YEIMIS MARGO	92229029	M	Oct-2-2023	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Oct-2-2023	Exclusion o anulación de a afiliación	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92229029	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92229029	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUCTORA GANEM SSAS	92229029	Dependiente	CERRADO
JUAN RAFAEL ARANGO PAVA	92229029	Servicio Domestico	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Febrero 8 de 2025

Señor:
BANQUET DONADO JHON JAIRO
CC. 15621529
CL 12 CR 19 LA SABANERA - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 15 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
BANQUET DONADO JHON JAIRO	15621529	C	Jun-15-2021	82	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO AZNF COVENAS	15621529	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	15621529	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	15621529	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUCCIONES EL CONDOR SA	15621529	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCTORA GANEM SSAS	15621529	Dependiente	CERRADO
JT CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS SAS	15621529	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

SaludTotal.

Bogotá, Febrero 8 de 2025

Señor
CAUSIL GALVAN OSCAR MIGUEL
CC 1073809586
CL 34 67 67 - 2999999
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 4 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CAUSIL GUTIERREZ DANNA GABRIELA	[illegible]	T	Sep 4 2024	17	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CAUSIL GUTIERREZ DANNYS	[illegible]	T	Sep 4 2024	17	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CAUSIL GUTIERREZ MIGUEL ALEJANDRO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CAUSIL GALVAN OSCAR MIGUEL	[illegible]	[illegible]	Sep 4 2024	17	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL S...	[illegible]	Independiente	RETIRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL S...	[illegible]	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de Salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4825505.

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

Salud Total

Bogotá, Febrero 8 de 2025

Señor:
CHAMORRO ESTRADA JAIDER JOSE
CC. 92640310
TIERRA PROMETIDA CL 1 - 2800000
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 30 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CHAMORRO ESTRADA JAIDER JOSE	92640310	C	Nov-30-2023	38	26	COTIZANTE	VIGENTE		Suspendido	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92640310	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	92640310	Dependiente	VIGENTE
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	92640310	Dependiente	CERRADO
INGENIERO ARQUITECTO CONSTRUCTOR INARQCON SAS	92640310	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %
C1131104577	BETIN MUÑOZ MANUEL DAVID	01/02/2025		23516023	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 07:47:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Powered by CamScanner

SaludTotal

Bogotá, Febrero 8 de 2025

Señor:
BETIN MUÑOZ MANUEL DAVID
CC. 1131104577
COVEÑAS TORRENTES 1 ET - 3115
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 1 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
BETIN MUÑOZ MANUEL DAVID	1131104577	C	Mar-1-2017	55	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSORCIO PTAR COVEÑAS 2022	1131104577	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES EL CONDOR SA	1131104577	Dependiente	CERRADO
MANUEL DAVID BETIN MUÑOZ	1131104577	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MANUEL DAVID BETIN MUÑOZ	1131104577	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MYXA SAS	1131104577	Dependiente	CERRADO
TOTAL CONSTRUCTION SAS	1131104577	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	1131104577	Dependiente	VIGENTE
CONSORCIO PTAR COVEÑAS 2022	1131104577	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MANUEL DAVID BETIN MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.104.577**, se encuentra afiliado(a) **al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 03/02/2025, 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
8298499	03/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072525704	LUISMIGUEL GONZALEZ DIAZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-01-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1101440312	JUANCAMILO BLANCO VANEGAS	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131106681	CARLOSMARIO SIERRA BELLO	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15034491	JOHNNYLUIS DORIA MOLINA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15620652	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CAMILO BLANCO VANEGAS** identificado/a con documento de identidad **Cedula de Ciudadanía** número **1101440312,** se encuentra afiliado/a desde **07/02/2025** 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 08 de febrero de 2025.

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

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

Juntos a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (asignar en la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: CONEO	Segundo apellido: MARQUEZ	Primer nombre: ELICER	Segundo nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1,131,104,488	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de Nacimiento: 02 01 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización ($)
SURA	PORVENIR	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
PARCELAS DE ALGARROBO		3154620585	elicerconeo@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
COVEÑAS	Urbana [X] Rural [ ]	PARCELAS DE ALGARROBO	SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciar

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
  - [ ] A Mismo Régimen
  - [ ] B Diferente Régimen
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 0 2 0 2 2 0 2 5

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 envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Elicer Correo
54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ] PE [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judical que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la 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. Identificacion 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

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: 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: Tipo F N M	Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
[ ]			[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización (IBC)
SURA	PORVENIR	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CALLE 13 # 6-01		3116862127	juliomanuel25@gmail.com

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

VIGILADO Supersalud

• ORIGINAL EPS •

Powered by CamScanner

EPS | FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°.

N° de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

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 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.
- [X] 13. Movilidad
  - [X] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del tramite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha 0 9 1 0 1 2 0 2 5

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. Autorización de no intermediación 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 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 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

Manuel Julio
54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario

Leidy Perez
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 capítulo VII del formulario

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] — Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]
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: DUBAN	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: Tipo F N M: [ ] Condición T P: [ ]	13. Puntaje SISBEN: [ ]	14. Grupo de población especial: [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA	16. Administradora de Pensiones: PORVENIR	17. Ingreso base de cotización (IBC): 1.423.500	
18. Residencia — Dirección: CRA. 2 # 1-32	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 básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

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

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

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia — Municipio / Distrito	Zona Urbana	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	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	7910612	consorciocmohospitalsucre@gmail.com	MONT. CORDOBA	

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°

N° de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

43. 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. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [X] 13. Movilidad
  - [X] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
  - [ ] A. Misma Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de 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	Número de 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 3 0 2 2 0 2 5

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. Autorización de no intermediación 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 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 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
Duban Arias	Jeudit Yepes

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 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 del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la cual se declare 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 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 capítulo VII del formulario

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Superintendencia

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 31 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de 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 %	
C1131107868	SANTOS JULIO EDUARDO JOSE	01/02/2025		230RIMv1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 31/01/2025 07:38:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.129.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDUARDO JOSE SANTOS JULIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.107.866**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] — Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]
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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SANTOS	JULIO	EDUARDO	JOSE

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

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	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
BELLAVISTA		3113184471	eduardojose123@hotmail.com

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

ORIGINAL Supersalud

• ORIGINAL EPS •

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°

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 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
  - [X] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
  - [ ] C. Régimen Especial
  - [ ] D. Otro régimen
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	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 [ ]		01 02 2025

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. Autorización de no intermediación 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 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 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
Eduardo Santos	Leidit Perez

IX. ANEXOS

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

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

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de las padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la coste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Numero de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

VIGILADO Supersalud

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

-ORIGINAL EPS-

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] 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: DE AGUSTIN	Segundo apellido: HERNANDEZ	Primer nombre: WILLIAM	Segundo nombre: JOSE

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

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	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
VEREDA EL REPARO		3117085152	williamjose@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
COVEÑAS	Urbana [X] Rural [ ]	VEREDA EL REPARO	SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

VIGILADO Supersalud

• ORIGINAL EPS •

Powered by CamScanner

EPS | FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°.

N° de Radicación | Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

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. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [X] 13. Movilidad
  - [X] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
  - [ ] C. Mismo Régimen
  - [ ] D. Otro de Régimen
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de 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	Número del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 0 2 0 2 2 0 2 5

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. Autorización de no intermediación 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 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 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
William D. Agustin	Leydi Yanet

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 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 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. Certificación de vinculación 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: 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 funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

Juntos.a.ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciar

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 [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] — Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]

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: TOBAR	Segundo apellido: CORREA	Primer nombre: MANUEL	Segundo nombre: FRANCISCO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	15.029.586	Femenino [ ] Masculino [X]	22/11/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización. IBC
SURA	PORVENIR	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
GUAYABALL		3007316049	manueltobar@gmail.com

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

VIGILADO Supersalud

- ORIGINAL EPS -

Powered by CamScanner

EPS | FAMILIAR

Juntos Sí

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO 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. 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
  - [X] A Régimen Contributivo
  - [ ] B Régimen Subsidiado
  - [ ] A Mismo Régimen
  - [ ] B Diferente Régimen
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de 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 | Número del documento de identidad | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha 0 2 0 2 2 0 2 5

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. Autorización de no intermediación 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 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 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
Jonas Tobar	Leidit Perez

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] C.C [ ] 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 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 judical 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 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. Certificación de vinculación 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 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 funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Conyugal [ ] 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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: SIERRA	Segundo apellido: ZUÑIGA	Primer nombre: CAMILO	Segundo nombre: ANDRES

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.005 708 765	Femenino [ ] Masculino [X]	03 02 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales: ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización: IBC
SURA	PORVENIR	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CRA 3A # 1-5		3245411430	camilosierra@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Localidad/Comuna	Departamento
COVEÑAS	[X]	[ ]	PUNTA SECA	SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

- ORIGINAL EPS -

Powered by CamScanner

EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°

N° de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. REPORTE DE NOVEDADES

41. 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 vinculación en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reingreso 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 actualización 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
  - [X] A Régimen Contributivo
  - [ ] B Régimen Subsidiado
  - [ ] A Monto Régimen
  - [ ] B Diferente Régimen
- [ ] 14. Traslado
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del tránsito de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

1. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 0 2 0 2 2 0 2 5

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

III. 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. Autorización de no intermediación 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 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 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 a correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VII. 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] [FA] [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 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 del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la cual 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 funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la IPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
PEREZ (Primer apellido)	GARCIA (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	ANGEL (Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.005.662.930	Femenino [ ] Masculino [X]	27/02/2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización (IBC)
SURA	PORVENIR	1.423.500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CRA 8 # 4-06		3218195563	joseangel110816@gmail.com

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

VIGILADO Supersalud

• ORIGINAL EPS •

Powered by CamScanner

EPS FAMILIAR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONSECUTIVO N°

N° de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

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. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [X] 13. Movilidad
  - [X] A Régimen Contributivo
  - [ ] B Régimen Subsidiado
  - [ ] A Mismo Régimen
  - [ ] B Diferente Régimen
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A Régimen Contributivo
  - [ ] B Régimen Subsidiado
  - [ ] 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 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 | Número del documento de identidad | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A: 18 Feb 2025

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. Autorización de no intermediación 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 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 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: Jose Perez

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

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 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 del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la cual declare 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 funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

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 al reverso del 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 Afiliado	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Cotizante / Cabeza de Familia / Beneficiario cuidador (obligatorio) B. Cónyuge C. Hijo D. Otro	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Vinculación	Código
A. Cotizante B. Cónyuge C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

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

7. Tipo de documento de identificación	8. No. del documento de identificación	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	11. Estado Civil	12. EPS anterior
CC	15.682.314	Femenino Masculino X		CASADO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

13. Etnia		14. Grupo poblacional especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Mensual de Cotización $
SURA	PORVENIR	1.423.500

18. Residencia			
VEREDA EL JOVAL	Vereda / Vía	3123075143	JORGEGARZON@HOTMAIL.COM
COVEÑAS	Zona: Urbano X Rural	VEREDA EL JOVAL	SUCRE
Municipio / Distrito		Localidad / Corregimiento	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número 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
	Urbano				

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28 Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	
B					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo			Condición		32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			F	N	M	T	P	
B								
B2								
B3								
B4								
B5								

	33. Dirección de residencia	Zona		Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B		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		
B2		
B3		

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

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

46. Tipo de Novedad

1. Modificación de uno o más datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización de documento de identidad
4. Actualización de información de datos complementarios
5. Terminación de la relación laboral, EPS, Código
6. Reingreso a la EPS
7. Traslado de beneficiario cotizante (cambio de titular)
8. Fallecimiento del beneficiario cotizante
9. Inicio de la licencia de maternidad o adopción de menores de 4 años
10. Terminación de la licencia de maternidad o adopción de menores de 4 años
11. Inicio de la licencia de paternidad
12. Terminación de la licencia de paternidad
13. Inicio de la licencia por luto
14. Terminación de la licencia por luto
15. Inicio de la licencia por enfermedad grave del beneficiario cotizante
16. Terminación de la licencia por enfermedad grave del beneficiario cotizante
17. Inicio de la licencia por calamidad doméstica
18. Terminación de la licencia por calamidad doméstica
19. Inicio de la licencia por enfermedad grave del cotizante
20. Terminación de la licencia por enfermedad grave del cotizante
21. Inicio de la licencia por calamidad doméstica del cotizante
22. Terminación de la licencia por calamidad doméstica del cotizante
23. Inicio de la licencia por enfermedad grave del beneficiario cotizante
24. Terminación de la licencia por enfermedad grave del beneficiario cotizante
25. Inicio de la licencia por calamidad doméstica del beneficiario cotizante
26. Terminación de la licencia por calamidad doméstica del beneficiario cotizante
27. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
28. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
29. Inicio de la licencia por luto del cotizante
30. Terminación de la licencia por luto del cotizante
31. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
32. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
33. Inicio de la licencia por luto del cotizante
34. Terminación de la licencia por luto del cotizante
35. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
36. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
37. Inicio de la licencia por luto del cotizante
38. Terminación de la licencia por luto del cotizante
39. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
40. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
41. Inicio de la licencia por luto del cotizante
42. Terminación de la licencia por luto del cotizante
43. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
44. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
45. Inicio de la licencia por luto del cotizante
46. Terminación de la licencia por luto del cotizante
47. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
48. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
49. Inicio de la licencia por luto del cotizante
50. Terminación de la licencia por luto del cotizante
51. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
52. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
53. Inicio de la licencia por luto del cotizante
54. Terminación de la licencia por luto del cotizante
55. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
56. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
57. Inicio de la licencia por luto del cotizante
58. Terminación de la licencia por luto del cotizante
59. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
60. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
61. Inicio de la licencia por luto del cotizante
62. Terminación de la licencia por luto del cotizante
63. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
64. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
65. Inicio de la licencia por luto del cotizante
66. Terminación de la licencia por luto del cotizante
67. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
68. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
69. Inicio de la licencia por luto del cotizante
70. Terminación de la licencia por luto del cotizante
71. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
72. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
73. Inicio de la licencia por luto del cotizante
74. Terminación de la licencia por luto del cotizante
75. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
76. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
77. Inicio de la licencia por luto del cotizante
78. Terminación de la licencia por luto del cotizante
79. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
80. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
81. Inicio de la licencia por luto del cotizante
82. Terminación de la licencia por luto del cotizante
83. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
84. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
85. Inicio de la licencia por luto del cotizante
86. Terminación de la licencia por luto del cotizante
87. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
88. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
89. Inicio de la licencia por luto del cotizante
90. Terminación de la licencia por luto del cotizante
91. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
92. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
93. Inicio de la licencia por luto del cotizante
94. Terminación de la licencia por luto del cotizante
95. Inicio de la licencia por luto del beneficiario cotizante
96. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
97. Inicio de la licencia por luto del cotizante
98. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante
99. Inicio de la licencia por luto del cotizante
100. Terminación de la licencia por luto del beneficiario cotizante

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos básicos de identificación del cotizante o beneficiario(a) permanente colombiano

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso
		Femenino / Masculino	42 Fecha	18 01 2025

48. EPS Anterior	49. Motivo de Traslado Código	50. Caja de Compensación Familiar a Negación de Servicios

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

45. Declaración de responsabilidad y veracidad de los antecedentes y información suministrados

46. Declaración de afiliación a otra EPS que difiere con el contrato laboral o actividad del cotizante

47. Declaración de existencia de declaración de renta o información tributaria que modifica el artículo de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios

48. Declaración de la terminación del vínculo laboral del beneficiario cotizante o pérdida de las condiciones de beneficiario para efectos de la afiliación en salud

49. Autorización para consultar los antecedentes crediticios y comerciales del titular y de sus beneficiarios en centrales de información financiera y de riesgos

50. Autorización para consultar los antecedentes disciplinarios del titular y de sus beneficiarios en la base de datos de afiliados Agente y en otras entidades que cumplan funciones similares

51. Autorización para consultar los antecedentes judiciales del titular y de sus beneficiarios en la base de datos de afiliados Agente y en otras entidades que cumplan funciones similares

52. Autorización para consultar los antecedentes judiciales del titular y de sus beneficiarios en la base de datos de afiliados Agente y en otras entidades que cumplan funciones similares

53. Autorización para consultar los antecedentes judiciales del titular y de sus beneficiarios en la base de datos de afiliados Agente y en otras entidades que cumplan funciones similares

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o beneficiario mayor de edad	55. Firma del representante legal de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Jorge Garzon	Leydit Perez

IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documento de identidad

Cantidad	CN	TI	RA	CE	Otro
	RC	CC	CD	SC	

57. Copia del diploma de grado del nivel educativo alcanzado

58. Copia del registro civil de matrimonio o de declaración de unión marital de hecho o de sentencia judicial que declare la unión marital de hecho

59. Copia de la escritura pública de separación de bienes o de la sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y bienes y escritura pública de disolución o sentencia judicial que disuelva la sociedad conyugal

60. Copia del certificado de adopción o de la sentencia judicial

61. Copia de la orden judicial de custodia o certificado de custodia

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, el certificado de ejecutoria de la sentencia judicial que así lo declare o la sentencia judicial que declare la privación de la patria potestad

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 y/o sentencia de los ascendientes o descendientes en segundo grado de consanguinidad, primero civil o primero afín en línea recta

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código de Municipio / Código de Departamento	67. Datos de Quien Número de Folio / Número / Nivel	68. Fecha de Validación 69. Fecha de Validación

70. Nombre de funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma de formulario se declara manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII de formulario

Powered by CamScanner

EPS | Cajacopi

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIAZ	PEREZ	DANIEL	DARIO

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	PAÍS DE RESIDENCIA
CC	1,192,749,961	Masculino X		SOLTERO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

SURA		PORVENIR	1.423.500
PARCELA ALGARROBO			DANIELDIAZ@HOTMAIL.COM
COVEÑAS	X	VEREDA ALGARROBO	SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE		NIT	901611441-3	
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	7919612	consorciocmohospitalsucre@gmail.com	MONTERIA	CORDOBA

Powered by CamScanner

II. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

	44. Motivo de Egresado Código	45. Fecha 1 8 0 1 2 0 2 5

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

Daniel Diaz P

IX. ANEXOS

48. Anexo copia de documento de identidad

Cantidad: CN TI PA CD Total

NC CC CI SC

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

58. Copia del registro civil de matrimonio, acta de sucesión, acta de conciliación y sentencia judicial que declare la unión marital

59. Copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que decrete la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación del vínculo 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 orden proferida por el juez competente donde quede en firme la pérdida de la patria potestad

63. Copia de la autorización del otorgado 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 validez del medio alterno o se ordene la diligencia 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 de la Sede Número de Ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de validación	
70. Nombre de funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES

Declaro de que con la firma de formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el cuerpo de formulario

Powered by CamScanner

EPS | Cajacopi

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y Nombres			
MONTERROZA	GONZALEZ	DANIEL	DAVID
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

2. Tipo de documento de identidad	3. N° del documento de identidad	4. Sexo	5. Fecha de nacimiento	6. Estado Civil	7. EPS anterior
CC	1.129.504.510	Femenino: Masculino: X	21 1 12 03	CASADO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

8. Etnia	9. Discapacidad	10. Puntaje SISBEN	11. Grupo de población especial

12. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	13. Administradora de pensiones	14. Ingreso Base de cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1.423.500

15. Dirección			
MANZANA 8 LOTE 4	Número Fijo	3225308123	Correo Electrónico: danielmonterroza144@gmail.com
16. Municipio/Distrito: COVEÑAS	17. Zona: Urbana: X Rural:	18. Localidad / Barrio: BARRIO PUNTA DE PIEDRA	19. Departamento: CORDOBA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

21. Tipo de documento de identidad	22. N° del documento de identidad	23. Sexo	24. Fecha de nacimiento	25. Dirección
		Femenino: Masculino:		

26. Municipio/Distrito	27. Zona Urbana: Rural: Urbana:	28. Departamento	29. Código IPS (lo registra por la IPS)	30. Teléfono fijo	31. Celular

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

	32. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
6				
6G				
6D				
6H				
6S				

	33. Tipo de documento de identidad	34. Número del documento de identidad	35. Sexo		36. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	
6I					
6G					
6D					
6H					
6S					

Datos Complementarios

	37. Parentesco	38. Etnia	39. Discapacidad (Marque con una X)					40. Valor de la UPC del afiliado adicional (Lo registra por la IPS)
			Tipo			Condición		
			L	N	M	T	P	
6								
6G								
6D								
6H								
6S								

	41. Zona de residencia	Zona		42. Municipio / Distrito	43. Departamento	44. Teléfono fijo	45. Celular
		U	R				
6I		U	R				
6G		U	R				
6D		U	R				
6H		U	R				
6S		U	R				

Selección de la IPS Primaria

	46. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	47. Código de la IPS (Lo registra por la IPS)
C		
6		
6		
6		

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

48. Nombre o razón social	49. Tipo de documento de identificación	50. N° del documento de identificación	51. Tipo de aportante (Lo registra por la IPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT	901811441-3	

52. Dirección	53. Teléfono	54. Correo Electrónico	55. Municipio/Distrito	56. Departamento
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1	7919612	consorciocmohospitalsucre@gmail.com	MONTERIA	CORDOBA

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

Página 2

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 portar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

11. Solicitud de ingreso de 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. Traslado de Régimen
16. Traslado de Régimen especial
17. Traslado de Entidad de protección especial
18. Traslado de una entidad de Excepción
19. Traslado de la entidad de Nombramiento

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación del cotizante o pensionado (obligatorio)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento: Día	Mes	Año
		F. Femenino M. Masculino	42. Fecha		02 02 2025

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de independencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

47. Declaración sobre no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo (especial o de Excepción)

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidieron la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios

49. Declaración sobre veracidad de la información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

51. Autorización para que la EPS reciba la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigente y de 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 establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

53. Autorización para que la EPS envíe información a correo electrónico o celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. Firma del cabeza de familia o beneficiario: Daniel Montenegro

55. El empleador, operador o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio: Jesús Yepes

IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documento de identidad.

Cantidad: CN TI PA CD Total:

RC CC CE SC

57. Copia de 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 los autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos de SISBEN			68. Fecha de Radicación	D D M M A A A A
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	69. Fecha de Validación	D D M M A A A A

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

Teniendo de 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

Powered by CamScanner

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

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

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

JOSÉ DAVID FUENTES PEÑA, identificado con cédula de ciudadanía No 1.067.858.634, 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 **enero de 2025**, 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 28 de febrero del 2025 en la ciudad de Montería departamento de Córdoba

Atentamente,

JOSÉ DAVID FUENTES PEÑA
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	7919612	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1262138032	9481638064	E	2025/02/11	2025/02/12	BANCOLOMBIA	1	$16,110,300

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	1131105563	ARRIETA EDUARDO	X																	230301	21	$996,450	$159,500	EPS002	21	$996,450	$39,900	CCF41	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	$69,400	21	$0	$0	Si	$308,700
2	CC	1193556241	ATENCIO MARCO	X	X																230301	14	$664,300	$106,300	EPS037	14	$664,300	$26,600	CCF41	14	$606,667	$24,300	14-11	14	$664,300	$46,300	14	$0	$0	Si	$203,500
3	CC	1072526700	BANGUERA ELIECER	X	X																230301	11	$521,950	$83,600	EPS041	11	$521,950	$20,900	CCF41	11	$521,950	$20,900	14-11	11	$521,950	$36,400	11	$0	$0	Si	$161,800
4	CC	15621529	BANQUET JHON	X	X																230301	11	$521,950	$83,600	EPS002	11	$521,950	$20,900	CCF41	11	$476,667	$19,100	14-11	11	$521,950	$36,400	11	$0	$0	Si	$160,000
5	CC	1101440312	BLANCO JUAN	X	X																25-14	2	$94,900	$15,200	EPS041	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
6	CC	1193543998	BRAVO YEINER	X	X																230301	5	$237,250	$38,000	EPS037	5	$237,250	$9,500	CCF41	5	$216,667	$8,700	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0	Si	$72,800
7	CC	1069496540	CARABALLO KAROLAY	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS041	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
8	CC	1007245363	CARDENAS JEAN	X																	230301	2	$94,900	$15,200	ESSC07	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
9	CC	78076914	CARRASCAL JAIME	X	X																230301	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0	Si	$145,500
10	CC	1073809586	CAUSIL OSCAR	X	X																230201	11	$521,950	$83,600	EPS002	11	$521,950	$20,900	CCF41	11	$476,667	$19,100	14-11	11	$521,950	$36,400	11	$0	$0	Si	$160,000
11	CC	92640310	CHAMORRO JAIDER		X																230301	13	$616,850	$98,700	EPS002	13	$616,850	$24,700	CCF41	13	$563,334	$22,600	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$189,000
12	CC	1193050239	CHICA RICARDO	X	X																230301	9	$427,050	$68,400	ESSC07	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
13	CC	15618232	CONEO ALFREDO	X	X																25-14	4	$189,800	$30,400	EPS041	4	$189,800	$7,600	CCF41	4	$189,800	$7,600	14-11	4	$189,800	$13,300	4	$0	$0	Si	$58,900
14	CC	15620652	CONEO ARISTIDES	X	X																25-14	8	$379,600	$60,800	EPS041	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$346,667	$13,900	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$116,400
15	CC	1131104488	CONEO ELIECER	X	X																25-14	4	$189,800	$30,400	CCFC33	4	$189,800	$7,600	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$189,800	$13,300	4	$0	$0	Si	$58,300
16	CC	9074773	CRUZ JORGE							X											25-14	30	$1,547,000	$247,600	EPS005	30	$1,547,000	$61,900	CCF41	30	$1,547,000	$61,900	14-11	30	$1,547,000	$107,700	30	$0	$0	Si	$479,100
17	CC	92517051	CRUZ VICTOR	X																	230301	22	$1,173,334	$187,800	EPS002	22	$1,173,334	$47,000	CCF41	22	$1,173,334	$47,000	14-11	22	$1,173,334	$81,700	22	$0	$0	Si	$363,500
18	CC	92229788	CUAVAS TOMAS	X	X																230301	2	$94,900	$15,200	ESSC24	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,200
19	CC	1065373424	CUESTA ALEX	X																	25-14	18	$854,100	$136,700	CCFC55	18	$854,100	$34,200	CCF41	18	$854,100	$34,200	14-11	18	$854,100	$59,500	18	$0	$0	Si	$264,600
20	CC	1067400596	DE AGUSTIN WILLIAM	X	X																25-14	6	$284,700	$45,600	CCFC33	6	$284,700	$11,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$87,300
21	CC	1192749961	DIAZ DANIEL	X	X																25-14	7	$332,150	$53,200	CCFC55	7	$332,150	$13,300	CCF41	7	$303,334	$12,200	14-11	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0	Si	$101,900
22	CC	1064310879	DORIA IVAN	X																	25-14	21	$996,450	$159,500	EPS041	21	$996,450	$39,900	CCF41	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	$69,400	21	$0	$0	Si	$308,700
23	CC	15034491	DORIA JOHNNY		X																230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS037	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$953,334	$38,200	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$319,800
24	CC	1131109246	ESCUDERO SEBASTIAN	X																	230301	20	$949,000	$151,900	EPS037	20	$949,000	$38,000	CCF41	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
25	CC	1047393966	FALS CARLOS							X											230301	30	$1,547,000	$247,600	EPS048	30	$1,547,000	$61,900	CCF41	30	$1,547,000	$61,900	14-11	30	$1,547,000	$107,700	30	$0	$0	Si	$479,100
26	CC	73432693	FERNANDEZ PEDRO	X	X																230201	10	$474,500	$76,000	ESSC07	10	$474,500	$19,000	CCF41	10	$433,334	$17,400	14-11	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0	Si	$145,500
27	CC	50909828	FUENTES JOHANNA							X											231001	30	$1,547,000	$247,600	EPS010	30	$1,547,000	$61,900	CCF41	30	$1,547,000	$61,900	14-11	30	$1,547,000	$107,700	30	$0	$0	Si	$479,100
28	CC	1005708729	GARAY HUGO	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS002	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
29	CC	1131104122	GARAY STEPHANNY	X																	230201	22	$1,043,900	$167,100	EPS037	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
30	CC	1003344259	GARCIA CARLOS	X																	230301	20	$949,000	$151,900	ESSC07	20	$949,000	$38,000	CCF41	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
31	CC	8168513	GARCIA TEODORO	X																	231001	20	$949,000	$151,900	EPS037	20	$949,000	$38,000	CCF41	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000
32	CC	15682314	GARZON JORGE	X	X																230301	4	$189,800	$30,400	CCFC55	4	$189,800	$7,600	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$189,800	$13,300	4	$0	$0	Si	$58,300
33	CC	1007245339	GONZALEZ KENER	X	X																230201	15	$711,750	$113,900	EPS041	15	$711,750	$28,500	CCF41	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$711,750	$49,600	15	$0	$0	Si	$218,000
34	CC	1072525704	GONZALEZ LUIS	X																	230301	14	$664,300	$106,300	EPS037	14	$664,300	$26,600	CCF41	14	$664,300	$26,600	14-11	14	$664,300	$46,300	14	$0	$0	Si	$205,800
35	CC	92230267	HERNANDEZ ENRIQUE	X																	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF41	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0	Si	$294,000

603 / 818

Planilla Resumen

36	CC	8741258	HERNANDEZ JOSE	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS048	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
37	CC	1007245223	JARABA ALBERTO	X																	230301	14	$664,300	$106,300	EPS041	14	$664,300	$26,600	CCF41	14	$664,300	$26,600	14-11	14	$664,300	$46,300	14	$0	$0	Si	$205,800
38	CC	1131108476	JULIO MANUEL	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	CCFC33	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
39	CC	1073788006	LOPEZ FREDY	X																	230301	15	$711,750	$113,900	EPS010	15	$711,750	$28,500	CCF41	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
40	CC	7374997	LOZANO JUSTO	X	X																	0	$0	$0	ESSC07	13	$616,850	$24,700	CCF41	13	$616,850	$24,700	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$92,400
41	CC	1193087173	MADRID IVAN	X	X																230301	8	$379,600	$60,800	EPS041	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$346,667	$13,900	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$116,400
42	CC	1072522613	MALARIAGA CRISTIAN	X																	230301	2	$94,900	$15,200	EPS048	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
43	CC	1116615548	MANJARRES ALVARO	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	CCFC33	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
44	CC	1007564070	MANJARRES RICARDO	X	X																230301	9	$427,050	$68,400	EPS037	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$130,900
45	CC	1131104926	MARTINEZ FRANCISCO	X	X																230301	3	$142,350	$22,800	EPS037	3	$142,350	$5,700	CCF41	3	$142,350	$5,700	14-11	3	$142,350	$10,000	3	$0	$0	Si	$44,200
46	CC	1005708736	MENDOZA LUIS	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS002	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
47	CC	1005708548	MESTRA CARLOS	X																	230301	17	$806,650	$129,100	EPS002	17	$806,650	$32,300	CCF41	17	$806,650	$32,300	14-11	17	$806,650	$56,200	17	$0	$0	Si	$249,900
48	CC	92496761	MONTERROSA EUCLIDES							X												0	$0	$0	EPS005	30	$1,547,000	$61,900	CCF41	30	$1,547,000	$61,900	14-11	30	$1,547,000	$107,700	30	$0	$0	Si	$231,500
49	CC	1129504510	MONTERROZA DANIEL	X	X																230301	7	$332,150	$53,200	CCFC55	7	$332,150	$13,300	CCF41	7	$303,334	$12,200	14-11	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0	Si	$101,900
50	CC	1072529607	MORENO GABRIEL	X	X																230301	5	$237,250	$38,000	ESSC24	5	$237,250	$9,500	CCF41	5	$216,667	$8,700	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0	Si	$72,800
51	CC	92229029	MURILLO PEDRO	X	X																231001	11	$521,950	$83,600	EPS002	11	$521,950	$20,900	CCF41	11	$476,667	$19,100	14-11	11	$521,950	$36,400	11	$0	$0	Si	$160,000
52	CC	1067920553	OSPINO DINEY																		231001	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	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
53	CC	15618456	PADILLA MANUEL	X																	25-14	14	$664,300	$106,300	CCFC33	14	$664,300	$26,600	CCF41	14	$664,300	$26,600	14-11	14	$664,300	$46,300	14	$0	$0	Si	$205,800
54	CC	11000373	PALMERA ROMULO	X	X																230301	11	$521,950	$83,600	ESSC07	11	$521,950	$20,900	CCF41	11	$476,667	$19,100	14-11	11	$521,950	$36,400	11	$0	$0	Si	$160,000
55	CC	1005708688	PERALTA GERMAN		X																230301	25	$1,186,250	$189,800	EPS002	25	$1,186,250	$47,500	CCF41	25	$1,083,334	$43,400	14-11	25	$1,186,250	$82,600	25	$0	$0	Si	$363,300
56	CC	1005662930	PEREZ JOSE	X	X																230201	11	$521,950	$83,600	CCFC33	11	$521,950	$20,900	CCF41	11	$521,950	$20,900	14-11	11	$521,950	$36,400	11	$0	$0	Si	$161,800
57	CC	1072522158	POSSO JULIO	X	X																230201	12	$569,400	$91,200	ESSC07	12	$569,400	$22,800	CCF41	12	$520,000	$20,800	14-11	12	$569,400	$39,700	12	$0	$0	Si	$174,500
58	CC	78717284	PRADA HELIODORO	X	X																230301	6	$284,700	$45,600	ESSC07	6	$284,700	$11,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$87,300
59	CC	1131110304	RAMOS GUSTABO	X	X																230301	5	$237,250	$38,000	ESSC24	5	$237,250	$9,500	CCF41	5	$216,667	$8,700	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0	Si	$72,800
60	CC	1005708714	RINCO EDER	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	CCFC33	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
61	CC	15620960	RIVERA LEONARDO	X	X																231001	4	$189,800	$30,400	EPS002	4	$189,800	$7,600	CCF41	4	$173,334	$7,000	14-11	4	$189,800	$13,300	4	$0	$0	Si	$58,300
62	CC	1193043889	RODRIGUEZ ABRAHAM	X	X																230301	12	$569,400	$91,200	ESSC24	12	$569,400	$22,800	CCF41	12	$520,000	$20,800	14-11	12	$569,400	$39,700	12	$0	$0	Si	$174,500
63	CC	1067855135	SALGADO IVAN	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS002	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
64	CC	1067280132	SALGADO LUIS							X											230301	30	$1,547,000	$247,600	EPS002	30	$1,547,000	$61,900	CCF41	30	$1,547,000	$61,900	14-11	30	$1,547,000	$107,700	30	$0	$0	Si	$479,100
65	CC	92540327	SANTOS MARCELINO	X	X																231001	4	$189,800	$30,400	ESSC07	4	$189,800	$7,600	CCF41	4	$189,800	$7,600	14-11	4	$189,800	$13,300	4	$0	$0	Si	$58,900
66	CC	78700868	SARMIENTO CARLOS	X																	231001	2	$94,900	$15,200	EPS048	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
67	CC	1131109665	SEPULVEDA LUIS	X																	230301	2	$94,900	$15,200	EPS037	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
68	CC	1003395473	SIBAJA LUISA							X											230301	30	$1,547,000	$247,600	EPS002	30	$1,547,000	$61,900	CCF41	30	$1,547,000	$61,900	14-11	30	$1,547,000	$107,700	30	$0	$0	Si	$479,100
69	CC	1005708765	SIERRA CAMILO	X	X																230301	9	$427,050	$68,400	CCFC33	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$130,900
70	CC	1131106681	SIERRA CARLOS	X	X																230301	9	$427,050	$68,400	EPS037	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$130,900
71	CC	1007245380	SUAREZ ANI	X																	230201	22	$1,043,900	$167,100	CCFC33	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
72	CC	1131108265	TARRAS JESUS	X																	231001	2	$94,900	$15,200	ESSC07	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
73	CC	15029586	TOBAR MANUEL	X	X																230301	13	$616,850	$98,700	CCFC33	13	$616,850	$24,700	CCF41	13	$563,334	$22,600	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$189,000
74	CC	1131108401	URANGO OSWALDO	X																	25-14	22	$1,043,900	$167,100	CCFC33	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
75	CC	1131104595	URANGO WILBER	X																	25-14	18	$854,100	$136,700	CCFC55	18	$854,100	$34,200	CCF41	18	$854,100	$34,200	14-11	18	$854,100	$59,500	18	$0	$0	Si	$264,600
76	CC	1003655340	VARGAS FAIDER	X	X																230301	6	$284,700	$45,600	ESSC07	6	$284,700	$11,400	CCF41	6	$260,000	$10,400	14-11	6	$284,700	$19,900	6	$0	$0	Si	$87,300
77	CC	1131108085	VERGARA ALEXANDER	X	X																230301	13	$616,850	$98,700	EPS041	13	$616,850	$24,700	CCF41	13	$563,334	$22,600	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$189,000
78	CC	1131107171	YENERIS TANIA	X																	230301	22	$1,043,900	$167,100	EPS005	22	$1,043,900	$41,800	CCF41	22	$1,043,900	$41,800	14-11	22	$1,043,900	$72,700	22	$0	$0	Si	$323,400
Total	Afiliados(78)																						$51,072,984	$8,175,700			$53,236,834	$2,131,400			$51,973,029	$2,081,400			$53,236,834	$3,710,300		$0	$0		$16,098,800

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	7919612	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-02	1262138032	9481638064	E	2025/02/11	2025/02/12	BANCOLOMBIA	1	$16,110,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				76	$8,175,700	$5,600	$0	$8,181,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	8	$814,300	$600	$0	$814,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	12	$1,189,500	$800	$0	$1,190,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	49	$5,389,400	$3,600	$0	$5,393,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	7	$782,500	$600	$0	$783,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				78	$3,710,300	$2,500	$0	$3,712,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	78	$3,710,300	$2,500	$0	$3,712,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				78	$2,081,400	$1,400	$0	$2,082,800
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	78	$2,081,400	$1,400	$0	$2,082,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				78	$2,131,400	$2,000	$0	$2,133,400
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	5	$102,600	$100	$0	$102,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	4	$45,600	$100	$0	$45,700
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	11	$317,300	$300	$0	$317,600
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	4	$111,300	$100	$0	$111,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$90,400	$100	$0	$90,500
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	11	$180,500	$200	$0	$180,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	11	$266,000	$200	$0	$266,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	10	$224,200	$200	$0	$224,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	17	$627,900	$500	$0	$628,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$165,600	$200	$0	$165,800
TOTAL				**78**	**$16,098,800**	**$11,500**	**$0**	**$16,110,300**

605 / 818

2025/02/13 11:18 AM

Anexo 4. Plan de trabajo P vs E

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			jun-24				jul-24				ago-24				sep-24				oct-24				nov-24				dic-24				ene-25				feb-25				mar-25				abr-25				may-25				jun-25				jul-25				ago-25				sep-25				oct-25				nov-25				dic-25				ene-26				feb-26				mar-26				EJECUTADO	PROGRAMADO	%CUMPLIMIENTO
		Periocidad en que se debe realizar la actividad	Responsable de realizar la actividad	A quien o a que va dirigida la actividad	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4			
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																																																																																									30	82	37%
	E										E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	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																																																																																									30	82	37%
	E										E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E																																																											
Perfil sociodemografico a todo el personal de obra	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									30	82	37%
	E										E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E																																																											
Adecuado uso y cuidado de los Elementos de Protección Personal	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E										E																																																																																				
Cultura de Autocuidado	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E											E																																																																																			
Que hacer en caso de un Accidente-lineas de emergencias	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E														E																																																																																
Socialización del manual de convivencia laboral	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E															E																																																																															
Estilos de vida y trabajo saludable sustancas psicoactivas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E																						E																																																																								
Higiene postural y manejo de cargas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E																							E																																																																							
Qué es el acoso laboral y medida preventivas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E																						E																																																																								
Riesgos asociados al consumo de alcohol, droga y sustancias psicoactivas.	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E																							E																																																																							
Agotamiento por calor - golpe de calor	G	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E																										E																																																																				
Procedimiento de Herramientas electricas, manuales y pequeños implementos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E																											E																																																																			
Proteccion partes del cuerpo: manos, oidos, ojos, pies etc	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E																														E																																																																
Socialización del Plan de emergencias	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																																																																																									1	1	100%
	E																															E																																																															
Manejo de Extintores de incendios	P	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencia de manejo de incendio																																																																																									1	1	100%
	E																																		E																																																												
Primeros auxilios	P	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencias de primeros auxilios.																																																																																									1	1	100%
	E																																			E																																																											
Socialización del procedimiento trabajo seguro alturas	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																																																																																									1	1	100%
	E																																						E																																																								
Capacitacionenqueesincidente ,accidenteyenfermedad laboral y la forma como se debe reportar.	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																																																																																									1	1	100%
	E																																							E																																																							
Socializacion de fichas tecnicas de sustancias quimicas	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 / E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Capacitacion Uso e importancia de los EPP y la dotaccion	P / E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Socializacion de puntos de atencion medica en caso de accidente y entrega de medicamentos	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Importancia de la señalizacion preventiva en obra	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Capacitacionenriesgobiologico ,picaduras,mordedurasde animales	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Primeros auxilios de desmayo	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
importancia de la inspeccion de equipos contra caida - como hacerla	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
riesgo de exposicion al ruido y proteccion auditiva	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Importancia de la realizacion de las pausas activas o relajacion	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.		1	0%
Normas de seguriad para conduccion de vehiculos y maquinaria	P / E	Programada	ENCARGADO SST	conductores y operadores		1	0%
Como idetentificar actos y condiciones inseguras	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Riesgos fisicos (ruido, vibraciones)	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
manejo de maquinaria, equipos y vehiculos	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Los riesgos del exceso de confianza	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Funciones del Comité de convivencia Laboral y como hacer un comité eficaz.	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Riesgos Eléctricos	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
Riesgos Eléctricos y andamios	P / E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		1	0%
TOTAL					106	283	37%
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	JOSÉ DAVID FUENTES PEÑA C.C. No. 1.067.858.634 de Montería
CARGO	PROFESIONAL SST	CARGO	REPRESENTANTE LEGAL
FECHA	2/06/2024	FECHA	1/12/2024

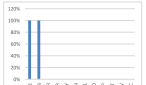
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PLAN DE TRABAJO ANUAL	VERSIÓN: 01
		CODIGO: SST-P02
		FECHA: 02 de Julio de 2024

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	odentes 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*	P*	P*	P*	P*	Representante legal	Financieros	
			E*	1	1												
		Elaborar presupuesto y designar los recursos para el diseño y mantenimeinto del SG-SST.	P*	P*											Representante legal	Financieros	
			E*	1													
		Acondicionamiento de señalización, equipos de emergencias, almacen, disponibilidad elementos de bioseguridad,acondicionamiento y reposición elementos de bioseguridad, punto ecologico, publicacion poliitcas, reglamentos (interno de trabajo y higiene y seguridad industrial),	P*	P*					P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1													
		Conformar o actualizacion y garantizar el funcionamiento del Comité de convivencia laboral	P*		P*										profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*		1												
		actas de reunion del CCL	P*		P*		P*			P*			P*		profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*		1												
		Capacitar Al CCL para el cumplimiento efectivo de las responsabilidades que les asigna la ley.	P*		P*										profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*		1												
		Conformar o actualizacion y garantizar el funcionamiento del Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST.	P*		P*							P*			profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*		E*												
		Actas de reunion del COPASST	P*		P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*		1												
		Capacitar Al Vigía SST o COPASST para el cumplimiento efectivo de las responsabilidades que les asigna la ley.	P*			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*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1	1												
		Establecer por escrito una política de Seguridad y Salud en el Trabajo que cuente con los numerales establecidos en el Decreto 1072 de 2015	P*	P*											profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1													
		Definir los objetivos del Sistema de Gestión de SST de conformidad con la política de SST	P*	P*											profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1													
		Realizar la evaluación inicial del Sistema de Gestión de SST, identificando las prioridades para establecer el plan de trabajo anual o para la actualización del existente.	P*		P*										profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*		1												
		Diseñar y definir un plan anual de trabajo para el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST	P*	P*											profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1													
		Contar con procedimiento en el que se defina el sistema de archivo y retención documental	P*			P*									profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*														
		Realizar anualmente la Rendición de Cuentas del desarrollo del Sistema de Gestión de SST	P*											P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*														
		Definir la matriz legal que contemple las normas actualizadas del Sistema General de Riesgos Laborales aplicables a la empresa.	P*		P*						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*														
		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													

	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*								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*								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*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1	1																				
		Elaborar y ejecutar un programa para promover entre los trabajadores, estilos de vida y entornos de trabajo saludable.	P*			P*							P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*																						
		Definir y aplicar una metodología para la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos de origen físico, ergonómico o biomecánico, biológico, químico, de seguridad, público, psicosocial, entre otro	P*	P*													profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1																					
		Realizar la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos con participación de los trabajadores.	P*	P*													profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1																					
		Ejecutar las medidas de prevención y control con base en el resultado de la identificación de peligros, la evaluación y valoración de los riesgos	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1	1																				
		Elaborar procedimientos, instructivos y fichas técnicas de seguridad y salud en el trabajo cuando se requiera y entregarlos a los trabajadores	P*			P*							P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*																						
		Realización del inventario y/o actualizaciónde los equipos, herramientas maquinas , señalizacion asignadas al proyecto	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	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*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1	1																				
		Realizar medición de indicadores Accidentalidad Morbilidad Severidad Ausentismo	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*	1	1																				
		Establecer controles de los peligros identificados.	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*	1	1																				
		Elaborar formatos para el registro de inspecciones. (Orden y Aseo, Botiquín, extintor)	P*	P*													profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*	1																					
		Reporte para los trabajadores para realizar actividad de altura	P*					P*									profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*																						
		Continuar con la Entrega de Elementos de Protección personal y revisión del uso de los mismos	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	Vigia ocupacional	Humanos (disponibilidad de personal)	
			E*	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*																						
		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*							P*				profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*																						
VERIFICAR		Revisar como mínimo una (1) vez al año, por parte de la alta dirección.	P*													P*	Representante legal	Financieros	
			E*													1									
		Medir indicadoresdefinidos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	P*													P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*													1									
ACTUAR		Realizar seguimiento a las acciones correctivas y preventivas	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	Administradora (profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*	1	1																				
		TOTAL PROGRAMADO			24	17	0	0	0	12	14	8	15	15	10	10									
		TOTAL EJECUTADO			24	17	11	11	12	11	11	12	12	12	12	11									

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO													GRAFICA
		VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
FORMULA	Actividades ejecutadas *100 / Actividades programadas	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	24	17											41	
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	24	17	11	11	12	11	11	12	12	12	12	11	156	
		RESULTADO	100%	100%											100%	
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	



JOSÉ DAVID FUENTES PEÑA C.C. No. 1.067.858.634 de Montería		LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	
Nombre	Firma	Nombre	Firma
Representante Legal		PROF SST	

Anexo 5, Capacitaciones SST

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS DE CAPACITACIÓN

ARL sura

ORDEN DE COMPRA:

FECHA DEL EVENTO: 25 | 02 | 2025 (DD MM AAAA) DURACIÓN 1 hora HORA: Inicio | Fin

LUEGAR: Consorcio CMO Hospital Sucre

PRODUCTO:

TAREA Y/O NOMBRE DEL EVENTO: Capacitación Higiene Postural y Pausas Activas

CODIGO DEL GRUPO (APLICA PARA EVENTOS MASIVOS)

CLASIFICACIÓN

FACILITADOR: Luz Carime Mendoza Moran

FORMA DE ENTREGA DEL SERVICIO
DOMICILIO X
VIRTUAL
MASIVO

Nº	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA	NOMBRE DE LA EMPREA	AUTORIZA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
1	Yeison Carrillo	1071524537	oficial	Yeison C.		
2	Edwin Garces	1072524243	Ayud	Edwin		
3	escarcaus-L	1073809	OFICIAL			
4	Carlos Fonth Garcia	1003344259	Ayudante			
5	Juan camilo Blanco	1101 440 312	obrero			
6	Luis Eduardo Patricio	1069715162	obrero			
7	Erik Fuentes Rivera	92.539319	oficial			
8	JOHNNY Doria	obrero	obrero	JOHNNY		
9	Aristide conco	15820657	obrero			
10	Pedro Murillo	92 229029	obrero			
11	Yeimar Bravo Cantillo	1193543998	Oficial			
12	Miguel Tobar C	15029586	oficial			
13	Alexander Urbina	1131108085	Ofi			
14	Diego Barrera	15725762	Oficial			
15	Alfredo conco	1502232	Ayudante	Alfredo		
16	Flavio Rivera	15620960				
17	Juan David Tirado	1064310879				
18	Gabriel Moreno Licona	1047529607	obrero			
19	Luis Mendoza.	1005 708736	Ayudante A.			
20	David Beltran	1.121.104.544	obrero			

NOMBRE DEL ASESOR: Luz Carime Mendoza Moran

CEDULA DEL ASESOR: 64585330 FIRMA

Autorizo a Suramericana SA, el tratamiento de mis datos personales con la finalidad de recibir información académica o capacitación, para ser contactado para el ofrecimiento de productos y servicios, y para las demás finalidades contenidas en la Política de privacidad que puede ser consultada en www.arlsura.com donde se encuentran los canales de contacto, y la forma de ejercer mis derechos a revocar la autorización, conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información.

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS DE CAPACITACIÓN

ARL sura

ORDEN DE COMPRA:

FECHA DEL EVENTO: 25 | 02 | 2025 (DD MM AAAA) DURACIÓN 1 hora HORA: Inicio : Fin

LUEGAR: Consorcio CMO Hospital Socio

PRODUCTO: Capacitación

TAREA Y/O NOMBRE DEL EVENTO: Higiene postural y Pausas activas.

CLASIFICACIÓN

FACILITADOR: Luz Carime Mendoza Mora

CODIGO DEL GRUPO (APLICA PARA EVENTOS MASIVOS)

FORMA DE ENTREGA DEL SERVICIO
DOMICILIO X
VIRTUAL
MASIVO

Nº	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA	NOMBRE DE LA EMPREA	AUTORIZA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
1	CARLOS Andres	1005708578	maestro		CMO	
2	Hugo Saray	1005708729	obrero	Hugo garay		
3	OSWaldo Amago	1131105401	oficial	oswaldo		
4	JHonFader Nuñez	1072530621	of			
5	[illegible]	1005708714	obrero			
6	CarlosSarmiento	78700868	Maestro			
7	Israel Morillo	1562002?	oficial			
8	[illegible]	780769[illegible]	ofi			
9	Iven Salgado Cruz	1067855735	oficial			
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

NOMBRE DEL ASESOR: Luz Carime Mendoza Mora

CEDULA DEL ASESOR: 64585330 FIRMA

Autorizo a Suramericana SA, el tratamiento de mis datos personales con la finalidad de recibir información académica o capacitación, para ser contactado para el ofrecimiento de productos y servicios, y para las demás finalidades

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:	18/02/25	DURACIÓN:	20min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay.		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACION O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ✓ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Socialización del Procedimiento Trabajo Seguro en altura.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	[illegible] Ramos Cr			
2	[illegible] Pinedo			
3	Eduardo Polo Tirado			
4	Jorge Doria Tirado			
5	Yeiner Bravo Castro			Yeiner Bravo C
6	Edwin Garces Morgio			Edwin G
7	Alexander [illegible]			
8	Farid Leonardo Martinez			
9	Manuel Tosar C			
10	Jesus C Cardenas R			Jesus C.
11	Oscar Luis Ochoa			Oscar Ochoa
12	[illegible]			
13	Diego Barrera			
14	Pedro Murillo			Pedro
15	Yeison Cabrera			Yeison C.
16				
17	[illegible]			
18	[illegible]			[illegible]
19	Oscar [illegible]	OF		
20	Johnny Ospino			Johnny
21	[illegible]			
22	Jose Angel Perez Garcia			
23	Carlos Faith Garcia			Carlos
24	Macia Santos Gomez	oficial		Macias
25	Carlos Sarmiento			
26	[illegible]			
27	Darwin Raveles			Darwin
28	William Hernandez	obrero		William
29	Israel Morelo	Oficial		
30	Jaider Guamorro	OFICIAL		Jaider GM
31	Wilfrido Marquez	obrero		Wilfrido
32	OMAR CARDENAS B	OBRERO		OMAR CB.
33	Alexander Vallejo	oficial		Alexander

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:	18/02/25.	DURACIÓN:	20 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
INDUCCIÓN	Socialización del procedimiento trabajo seguro en altura.
✓ CAPACITACIÓN	
ENTRENAMIENTO	
REUNIÓN	
ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Juan Madrid B.	obrero		
2	Jorge Pérez	oficial		
3	Kevin Mendoza Hernandez	aux		
4	Luis Sepulveda	Ay		
5	Duvan Arias mabilio	obrero		
6	Ivan Salgado cruz	oficiales		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

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:	04/02/25.	DURACIÓN:	15min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ☑ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Qué es inadente, accidente y enfermedad laboral y la forma como se debe reportar.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Faider Vargas	Ayudante		Faider Vargas
2	[illegible]	Ayudante		
3	Jeisson Montes Pinzon	Ayudante		Jeisson M.P.
4	Wilfrido Maraca Garcia	obrero		Wilfrido
5	Eduardo Santos Luna	Ayudante		
6	Jose Sepulveda	MO		Jsepulveda
7	Oscar Cause	OF		
8	[illegible]	[illegible]		
9	Luis Palacios	Oficial		Luis Palacios
10	[illegible]			
11	Alexander Vallejo. V	oficial		Vallejo
12	Darwin Ravelo	oficial		Darwin
13	Edwin Garces M	Ayudante		Edwin
14	Elicer Montes	Ayudante		Elicer
15	Yeison Carreth	Oficial		Yeison C.
16	[illegible]	Oficial		
17	Yeiner Bravo Castro	Oficial		Yeiner Bravo
18	Johnny Doria	Obrero		
19	Aristides Conco	obrero		Aristides
20	Manuel Tosar Correa	oficial		
21	Juan Camilo Blanco	obrero		Camilo
22	Jaider - Chamorro	OFICIAL		Jaider Ch
23	Pedro Murillo Hoyos	obrero		
24	Evis Fuentes M.	oficial		Evis Fuentes
25	Fredt Lopez Torres	obrero		fredy
26	Manuel Padilla	obrero		
27	[illegible]	[illegible]		
28	Andres Benjamin Coronado	Almacenista		
29	Luis Mendoza M.	Ayudante		
30	Ivan Dario Salgado Cruz	Operador		
31	Juan Vladimir Blanco	Obrero		
32	Elvin Manuel Arrieta	Obrero		
33	Juan [illegible] Madera			

Stephanny G.

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:	04/05/25.	DURACIÓN:	15min.
NOMBRE DE QUIEN PRESIDE :	Stephanny Garay.		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN ☑ CAPACITACIÓN ☐ ENTRENAMIENTO ☐ REUNIÓN ☐ ACTIVIDAD	Qué es incidente, accidente y enfermedades laborales. y la forma como se debe reportar.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Eduardo Arrieta P.	Obrero		
2	Luis Jirenis Jaraba	Obrero		
3	Jhonfader Nuñez Correa	OF		
4	Luis Gonzalez D.	Obrero		
5	Eduardo Santos	obr		
6	Manuel David Beltran	obrero		
7	Alfredo Leon	Profesional		Alfredo
8	Wilber Viango Hernandez	Obrero		
9	Oswaldo Mora Hernandez	oficial		Oswaldo.
10	Alex Cuesta Benitez	Obrero		Alex
11				
12	Fanvio Rivera	Oficia		
13	Gabriel Moreno Lilona	Obrero		
14	Ricardo Urbina Borja	obrero		Ricardo
15	Marco alegria avila	obrero		Marco
16		obrero		
17		Obrero		
18		obrero		
19	Hugo garcia	obrero		Hugo garcia
20	Omar Cabrenas B	Obrero		
21	Carlos Carmiento	Maestro		
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny G.
RESPONSABLE

Anexo 6, Seguimiento 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	20/02/2025

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
2	ENRIQUE ALBERTO HERNANDEZ GARAY	C92230267	POR PROGRAMAR			
3	JAIDER JOSÉ CHAMORRO ESTRADA	92640310	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
4	DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
5	EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
6	WILFRIDO MARQUEZ GARCES	15621843	POR PROGRAMAR			
7	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
8	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
9	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDES	73432693	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
10	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
11	ALBERTO JARABA ENRIQUE	C1007245223	PENDIENTE			APTO SIN RESTRICCION
12	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
13	ERLIS BANGUERA MARQUEZ	C1072524294	POR PROGRAMAR			
14	LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO	15620960	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
15	LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS	1131109665	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
16	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
17	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
18	JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
19	EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ	92496761	PENDIENTE			
20	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
21	ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	1116615548	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
22	FRANCISCO ANTONIO JARABA MARTINEZ	C1131104926	POR PROGRAMAR			
23	FREDY ALEJANDRO LOPEZ TORRES	C1073788006	POR PROGRAMAR			
24	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

016/818

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	20/02/2025

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	POR PROGRAMAR			
2	ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	5/03/2024			APTO SIN RESTRICCION
3	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
4	JULIO CESAR POSSO PEREZ	1072522158	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
5	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
6	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
7	JOSE ANGEL PEREZ GARCÍA	C1005662930	POR PROGRAMAR			
8	LUISA SIBAJA LUNA	1003395473	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
9	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
10	HELIODORO PRADA REGINO	78717284	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
11	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
12	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	15620652	POR PROGRAMAR			
13	JUAN CAMILO BLANCO VANEGAS	C1101440312	POR PROGRAMAR			
14	DANIEL DARIOS DIAZ PEREZ	1192749961	POR PROGRAMAR			
15	KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
16	JUAN DAVID JULIO REVUELTA	C1131107692	POR PROGRAMAR			
17	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
18	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
19	ADRIAN JOSÉ DIAZ ZARZA	1007245348	POR PROGRAMAR			
20	MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ	1064309595	POR PROGRAMAR			
21	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	POR PROGRAMAR			
22	DANILO ALBERTO POLO MARTINEZ	8743873	POR PROGRAMAR			
23						

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	20/02/2025

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
2	KAROLAY CARABALLO REYES	1069496540	1/08/2024			APTO SIN RESTRICION
3	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1131107171	6/07/2024			APTO SIN RESTRICION
4	CUAVAS ESQUIVEL TOMAS SEGUNDO	9229788	2/07/2024			APTO SIN RESTRICION
5	STEPHANNY GARAY SALGADO	1131104122	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
6	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	1067280132	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
7	MARCO EMILIO ATENCIO AVILA	1193556241	POR PROGRAMAR			
8	ANDRES FELIPE AVILA CANCHILA	1131108993	POR PROGRAMAR			
9	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	**PENDIENTE**			
10	ALEX CUESTA BENITEZ	C1065373424	POR PROGRAMAR			
11	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
12	GUSTABO RAMOS DÍAZ	1131110304	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
13	ALFREDO CONEO CARMONA	C15618232	POR PROGRAMAR			
14	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
15	BRAYNER JOSE TEHERAN DEL TORO	C1192781420	POR PROGRAMAR			
16	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
17	IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142465	16/07/024			APTO SIN RESTRICION
18	CARLOS FARITH GARCÍA MORELO	C1003344259	POR PROGRAMAR			
19	ELIECER BANGUERA MARQUEZ	C1072526700	POR PROGRAMAR			
20	CARLOS MARIO AGAMEZ RODRÍGUEZ	C1073788334	POR PROGRAMAR			
21	DEIVIN SANTIAGO MENDOZA NUÑEZ	C15703177	POR PROGRAMAR			
22	RICARDO JOSE MANJARREZ PAREJO	1007564070	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
23	IVAN MADRID ROMERO	1193087173	POR PROGRAMAR			

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

621 / 818

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	20/02/2025

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	03/092026			APTO SIN RESTRICCION
2	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	03/092027			APTO SIN RESTRICCION
3	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	03/092028			APTO SIN RESTRICCION
4	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	78704837	POR PROGRAMAR			
5	FARID LEONARDO MARTINEZ CARMONA	1067403531	POR PROGRAMAR			
6	JUSTO MIGUEL LOZANO LICONA	C7374997	POR PROGRAMAR			
7	GARZON LOPEZ JORGE ELIECER	15682314	POR PROGRAMAR			
8	CONEO MARQUEZ ELIECER	1131104488	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
9	JYAN CARLOS MARTINEZ HERNANDEZ	C1005710009	POR PROGRAMAR			
10	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI	9074773	PENDIENTE			
11	JOHN JAIRO BANQUET DONADO	15621529	24/07/2024			APTO SIN RESTRICCION
12	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50909828	PENDIENTE			
13	LUIS ALFONSO MARTINEZ MENDOZA	1005708736	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
14	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1047393966	PENDIENTE			
15	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	PENDIENTE			
16	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	92517051	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
17	DUBAN ARIAS MADRID	1131104002	POR PROGRAMAR			
18	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
19	MARCELINO SANTOS GOMEZ	C15618456	POR PROGRAMAR			
20	EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ	1007245394	POR PROGRAMAR			APTO SIN RESTRICCION
21	CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA	1005708765	12/10/2024			
22	CLEMENTE GREGORIO LOPEZ MARTÍNEZ	C78708357	POR PROGRAMAR			
23						

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

Anexo 7, 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	28/02/2025

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	MANUEL DAVID BETIN MUÑOZ	1131104577	AYUDANTE	28/01/2025		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	3115991290	36	MASCULINO
	3	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	AYUDANTE	16/07/2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS	3007316049	54	MASCULINO
	4	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	AYUDANTE	12/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	COLPENSIONES	PUNTA SECA	COVEÑAS	3004044834	48	MASCULINO
	5	ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	3/07/2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS	3123018504	22	MASCULINO
	6	GUSTABO ADOLFO RAMOS DIAZ	1131110304	AYUDANTE	6/07/2024		COOSALUD	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3146586703	27	MASCULINO
	7	JHON JAIRO BANQUET DONADO	15621529	OFICIAL	24/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	PORVENIR	COVEÑAS	3145024765	45	MASCULINO
	8	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	92517051	RESIDENTE	30-08-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3013903726	49	MASCULINO
	9	RICARDO JOSÉ MANJARRES PAREJO	1007564070	OFICIAL	14-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	K1 VIA PUERTO	BARRANQUILLA	3001971956	29	MASCULINO
	10	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	21-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	BELLAVISTA	COVEÑAS	3044777748	19	MASCULINO
	11	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	AYUDANTE	21-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	30121023789	24	MASCULINO
	12	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	AYUDANTE	14-08-2024		EPS COOSALUD MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	PARCELAS	COVEÑAS	3009526471	27	MASCULINO
	13	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
	14	ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	AYUDANTE	14-08-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PROTECCION	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	3147586625	22	FEMENINO
	15	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE	29-08-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	3216508510	32	MASCULINO
	16	JULIO CESSAR POSSO PEREZ	1072522158	AYUDANTE	14-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PROTECCION	PUNTE PIEDRA	COVEÑAS	3005091977	20	MASCULINO
	17	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
	18	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	30-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3012738202	24	MASCULINO
	19	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	MAESTRO	21-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	MANZANA 122 LOT 5	MONTERIA	3013132810	47	MASCULINO
	20	DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	OFICIAL	16-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	C 10 #15-36	CHINÚ	3002315008	42	MASCULINO
	21	JAIDER CHAMORRO ESTRADA	92640310	OFICIAL	16-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	TIERRA PROMETIDA	SINCELEJO	3244456314	41	MASCULINO
	22	ALVARO ANDRES MANJARREZ OVIDIO	1116615548	BODEGURO	21-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	CRA 26 #3-26	COVEÑAS	3146848668	28	MASCULINO
	23	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	AYUDANTE	22-08-2024		FOSYGA	SURA	PORVENIR	EL TIGRE	COVEÑAS	PENDIENTE	33	MASCULINO
	24	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	17-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP	REPARO	COVEÑAS	3117085152	39	MASCULINO
	25	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	17-08-2024		CAJACOPI	SURA	PORVENIR	PUNTA SECA	COVEÑAS	3235382881	20	MASCULINO
	26	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	25-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3113795231	24	MASCULINO
	27	FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	OFICIAL	05-09-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	PORVENIR	COVEÑAS	3046314487	25	MASCULINO
	28	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	1005708736	AYUDANTE	22-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	REPARO	COVEÑAS	3242329369	26	MASCULINO
	29	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	AYUDANTE	29-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PARCELAS ALGARROBO	COVEÑAS	3205609487	34	MASCULINO
	30	KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	AYUDANTE	29-08-2024		FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	SURA	PROTECCION	PARCELAS DE ALGARROBO	COVEÑAS	3216738752	24	MASCULINO
	31	HELIODORO PRADA REGINO	78717284	MAESTRO	17-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	EL FARO CL 101 CRA 96	MONTERIA	3225054927	54	MASCULINO
	32	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	MAESTRO	17-08-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	MANZANA C4-53B	MONTERIA	3215785776	60	MASCULINO
	33	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1131107171	ING AMBIENTAL	11-07-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	ALICANTE	COVEÑAS	3165679632	33	FEMENINO
	34	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	AYUDANTE	29-08-2024		EPS FAMISANAR LTDA	SURA	PROTECCION	GUAYABAL	COVEÑAS	3146512112	32	MASCULINO
	35	ELIECER CONEO MARQUEZ	1131104488	PLOMERO	04-09-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLPENSIONES	PARCELAS ALGARROBO	COVEÑAS	3154620585	38	MASCULINO
	36	JORGE ELIECER GARZON LOPEZ	15682314	PLOMERO	04-09-2024		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	JOOVAL	COVEÑAS	3128075143	52	MASCULINO
	37	STEPHANNY GARAY SALGAOD	1131104122	AUXILIAR SST	22-06-2024		NUEVA EPS	SURA	PROTECCION	CALLE 5 1-5 GUAYABAL	COVEÑAS	3154896049	21	FEMENINO
	38	ARISTIDE CONEO MARQUEZ	15620652	AYUDANTE	24/10/2024		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE	LAS PARCELAS	COVEÑAS	3114095431	45	MASCULINO
	39	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1047393966	RESIDENTE ADMINISTRATIVO	22-06-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
	40	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	OFICIAL DE OBRA	05-09-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	COLPENSIONES	MONTERIA	MONTERIA	3013800940	55	MASCULINO

PERIODO: FEBRERO

41	DANIEL DARIO DIAZ PEREZ	1192749961	AYUDANTE DE OBRA	24/10/2024		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE	LAS PARCELAS	COVEÑAS	3013375073	22	FEMENINO
42	DINEY PAMELA OSPINO JIMENEZ	1067920553	DIRECTORA DE OBRA	22-06-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	COLFONDOS	MONTERIA	MONTERIA	3007481091	33	FEMENINO
43	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
44	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	78704837	PLOMERO	06-09-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3207071274	55	MASCULINO
45	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	OPERADOR MINI	01-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3104897083	36	MASCULINO
46	JAIRO DE JESUS RODRIGUEZ RAMOS	18857561	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3145172936	50	MASCULINO
47	JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	AYUDANTE DE OBRA	27-08-2024		EPS COOSALUD MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3128119152	23	MASCULINO
48	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50909828	DIRECTORA DE OBRA	15-06-2024		SURA EPS	SURA	COLFONDOS	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	FEMENINO
49	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	AYUDANTE DE OBRA	29-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3217258777	54	MASCULINO
50	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
51	KAROLAY CARABALLO REYES	1069496540	TRABAJADOR SOCIAL	25-06-2024		FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3142602320	30	FEMENINO
52	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
53	LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS	1131109665	AYUDANTE	16-10-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	SINCELEJO	COVEÑAS	3023885636	29	MASCULINO
54	CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA	1005708765	AYUDANTE	01-10-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
55	LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO	15620960	AYUDANTE	13-10-2024		COOSALUD E.S.S. COOP.SALUD Y DLLO INT. CARTAGENA	SURA	COLFONDOS	COVEÑAS	COVEÑAS	3148941597	44	MASCULINO
56	EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ	1007245394	AYUDANTE	01-10-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	22	MASCULINO
57	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563	AYUDANTE	16-10-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3001853383	28	MASCULINO
58	LEOVIGILDO JIMENEZ TORRES	1003655741	AYUDANTE	PENDIENTE		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE	COVEÑAS	COVEÑAS	3022142219	54	MASCULINO
59	ALEX CUESTA BENITEZ	1065373424	AYUDANTE	PENDIENTE		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3009466977	19	MASCULINO
60	ENRIQUE HERNANDEZ GARAY	92230267	AYUDANTE	PENDIENTE		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	GUAYABAL	COVEÑAS	NO TIENE	45	MASCULINO
61	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ	C73432693	OFICIAL DE OBRA	25-09-2024		NINGUNA EPS	SURA	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	3235077506	42	MASCULINO
62	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476	CELADOR	01-10-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	32155889498	31	MASCULINO
63	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	25-09-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3042298153	24	MASCULINO
64	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	25-09-2024		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	MANZANA 198 LOTE 14	MONTERIA	3216168551	44	MASCULINO
65	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	AYUDANTE	06-10-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3012892919	32	MASCULINO
66	SEBASTIAN ANDRES ESCUDERO BELLO	1131109246	AYUDANTE	PENDIENTE		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	LAS PARCELAS	COVEÑAS	3213929722	30	MASCULINO
67	FARID LEONARDO MARTINEZ CARMONA	1067403531	AYUDANTE	09-11-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
68	ANDRES FELIPE AVILA CANCHILA	1131108993	AYUDANTE	09-11-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3126041104	30	MASCULINO
69	WILFRIDO MARQUEZ GARCES	15621843	AYUDANTE	09-11-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	COVVEÑAS	COVEÑAS	3043030844	41	MASCULINO
70	DANILO ALBERTO POLO MARTINEZ	8743873	AYUDANTE	03-12-2024		PROMOTORA DE SALUD SANITAS	SURA	COLFONDOS	GUAYABAL	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
71	IVAN MADRID ROMERO	1193087173	AYUDANTE	03-12-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	EL REPARO	COVEÑAS	31226136319	31	MASCULINO
72	JERSSON MORALES RINCON	1072531796	AYUDANTE	03-12-2024		EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	COLFONDOS	PUNTA SECA	COVEÑAS	3014275143	25	MASCULINO
73	JUAN CAMILO BLANCO VANEGAS	1101440312	AYUDANTE	17-01-2025		NUEVA EPS	SURA	COLPENSIONES	PARCELAS DE ALGARROBO	COVEÑAS	3145286699	25	MASCULINO
74	FRANCISCO MARTINEZ JARABA	1131104926	AYUDANTE				SURA		PARCELAS DE ALGARROBO	COVEÑAS	3122387908	29	MASCULINO
75	TEODORO GARCÍA HERNANDEZ	8168513	AYUDANTE				SURA		REPARO	COVEÑAS	NO TIENE	47	MASCULINO
76	JOSE ANGEL PEREZ GARCÍA	1005662930	AYUDANTE				SURA		PUENTE EL SOL	COVEÑAS	3218195563	23	MASCULINO
77	ALFREDO CONEO CARMONA	15618232	AYUDANTE				SURA		PARCELAS	COVEÑAS	3107471066	53	MASCULINO
78	EDUARDO SANTOS JULIO	1531107866	AYUDANTE				SURA		PARCELAS	COVEÑAS	3113184471	32	MASCULINO
79	RICARDO JOSE CHICA BORJA	1193050239	AYUDANTE				SURA		PARCELAS	COVEÑAS	3046320970	28	MASCULINO
80	LUIS GONZALEZ DIAZ	1072525704	AYUDANTE	17-01-2025			SURA		BIJAITO	COVEÑAS	3217768476	35	MASCULINO
81	BRAYNER JOSE TEHERAN DEL TORO	C1192781420	AYUDANTE	17-01-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
82	FREDY LOPEZ TORRES	1073788006	AYUDANTE	16-01-2025			SURA		PATAGONIA	COVEÑAS	3015156117	27	MASCULINO
83	CLEMENTE GREGORIO LOPEZ MARTÍNEZ	C78708357	OFICIAL	01-02-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	COLFONDOS	PENDIENTE	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
84	EDUARDO JOSE SANTOS JULIO	C1131107866	AYUDANTE DE OBRA	01-02-2025		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
85	DUBAN ARIAS MADRID	C1131104002	AYUDANTE	01-02-2025		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
86	CLEMENTE GREGORIO LOPEZ MARTÍNEZ	C78708357	OFICIAL	01-02-2025		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
87	ANDRES FELIPE AVILA CANCHILA	C1131108993	AYUDANTE DE OBRA	01-02-2025		PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	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	28-feb-25

MES ACTUALIZACION	N°	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 CONTRATACION	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	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	17 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	3	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	30 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	4	BACHILLERATO	4	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	5	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
	6	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	17 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	7	PRIMARIA	2	AYUDANTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	15 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	8	UNIVERSITARIO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	2 MESES	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	NO	NO	NO
	9	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	8 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	10	TECNICO	NO	ESTUDIO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	11	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	12	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	9 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	13	UNIVERSITARIO	0	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	9 MESES	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	14	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
	15	BACHILLERATO	4	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	16	BACHILLERATO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	17	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	17 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	18	BACHILLERATO	5	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	7 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	19	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	12 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	20	POSTGRADO	3	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	21	PRIMARIA	4	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	16 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	22	TECNICO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	NO	SI	NO
	23	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	12 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	24	BACHILLERATO	4	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	25	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	26	BACHILLERATO	0	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	11 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	27	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	SI
	28	BACHILLERATO	3	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	29	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	20 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	SI	NO	NO
	30	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	14 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	31	PRIMARIA	3	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	25 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	32	BACHILLERATO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	35 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	SI	SI	NO
	33	UNIVERSITARIO	1	LABORES DOMESTICA	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	6 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	34	PRIMARIA	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	SI

PERIODO: FEBRERO

35	PRIMARIA	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	15 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	SI
36	PRIMARIA	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	30 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
37	TECNOLOGO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
38	PRIMARIA	4	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	15 AÑOS	PRESTACION DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
39	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
40	BACHILLERATO	5	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
41	BACHILLERATO	1	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
42	UNIVERSITARIO	3	RECREACIÓN Y DEPORTE	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
43	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
44	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
45	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	12 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	NO	NO
46	BACHILLERATO	4	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	35 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	SI	NO
47	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	6 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	SI	NO
48	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
49	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	SI	NO
50	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
51	UNIVERSITARIO	1	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
52	UNIVERSITARIO	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
53	TECNICO	3	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	SI	NO
54	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
55	PRIMARIA	5	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	NO	NO
56	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
57	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
58	BACHILLERATO	5	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	NO	NO	NO
59	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	SI	NO
60	PRIMARIA	5	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	NO	NO
61	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	SI	NO
62	BACHILLERATO	6	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	21 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	NO	NO
63	PRIMARIA	0	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	NO	SI	NO
64	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	NO	NO	NO
65	BACHILLERATO	4	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	NO	SI	NO
66	BACHILLERATO	3	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	SI	SI
67	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
68	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	NO	SI	NO
69	TECNICO	2	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MENOS DE 1 AÑO	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	NO	NO	NO
70	PRIMARIA	3	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	NO	SI	NO
71	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	6 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	SI	NO
72	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
73	TECNICO	3	ESTUDIO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	8 MESES	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	NO	NO
74	BACHILLERATO	2	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVICI	NO	SI	NO	NO
75	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	ESTACIÓN DE SERVI	NO	NO	SI	NO
76	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	ESTACIÓN DE SERVI	NO	SI	SI	NO
77	PRIMARIA	1	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	ESTACIÓN DE SERVI	NO	NO	NO	NO
78	TECNICO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 MESES	ESTACIÓN DE SERVI	NO	SI	SI	NO
79	PRIMARIA	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	ESTACIÓN DE SERVI	NO	SI	NO	NO
80	PRIMARIA	12	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	ESTACIÓN DE SERVI	NO	SI	NO	NO
81	TECNICO	5	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	ESTACIÓN DE SERVI	NO	SI	NO	SI
82	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	ESTACIÓN DE SERVI	NO	SI	NO	NO
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

Anexo 8, Reporte e investigación de AT, lecciones aprendidas y ausentismo laboral