7.9.1. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES 26
7.9.2. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD..... 26
7.9.3. EXÁMENES ESPECÍFICOS ALTURAS 29
7.9.4. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL PROYECTO 29
7.9.5. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO 29
7.10. MANEJO ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA ... 30
7.11. ENTREGA DE DOTACIONES Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 34
7.12. INSPECCIONES PLANEADAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO37
7.13. REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS 37
7.14. PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS. 37
7.15. SUSTANCIAS QUIMICAS 38
7.16. CERTIFICADO DE ENTRENAMIENTO EN ALTURAS..... 38
7.17. HERRAMIENTAS, VOLQUETAS, MAQUINAS Y EQUIPOS 39
7.18. MANEJO DE MAQUINARIA, VEHÍCULO Y EQUIPOS 39
7.19. INSTALACIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN EN LA OBRA 40
7.20. ESTABLECIMIENTO DEL PUNTO DE HIDRATACIÓN 40
7.21. BAÑOS RESOLUCIÓN 2400 DE 1979. 40
7.22. COMITÉ PARITARIO O VIGÍA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO41
7.23. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL. 41
7.24. BRIGADAS DE ASEO..... 41

8. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE TODAS LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 41

9. CONCLUSIONES..... 43

10. ANEXOS..... 44

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

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

1.2. OBJETIVO ESPECIFICO

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

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

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

2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
Acción de mejora: Acción de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, para lograr mejoras en el desempeño de la organización en la seguridad y la salud en el trabajo de forma coherente con su política.
Acción preventiva: Acción para eliminar o mitigar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.
Actividad no rutinaria: Actividad que no forma parte de la operación normal de la organización o actividad que la organización ha determinado como no rutinaria " por su baja frecuencia de ejecución.
Actividad rutinaria: Actividad que forma parte de la operación normal de la organización, se ha planificado y es estandarizable.
Alta dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.
Amenaza: Peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales.
Auto-reporte de condiciones de trabajo y salud: Proceso mediante el cual el trabajador o contratista reporta por escrito al empleador o contratante las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo.
Centro de trabajo. Se entiende por Centro de Trabajo a toda edificación o área ·a cielo abierto destinada a una actividad económica en una empresa determinada.
Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. ALCANCE DEL INFORME

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

4. JUSTIFICACIÓN

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

5. GENERALIDADES DEL PROYECTO

5.1. Contrato de obra.

Mediante el Contrato de obra **No. LP-018-2023 celebrado** entre el Departamento de Sucre, en adelante por medio de su secretario general **ANDRÉS RAFAEL VIVERO LEÓN**, en uso de sus facultades conferidas a través del Decreto Departamental N° 0570 de 2021, por una parte; y, por la otra, **JOSÉ DAVID FUENTES PEÑA,** identificada con cedula de ciudadanía No. **1.067.858.634 de Montería**. en calidad de representante legal de **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE,** identificado con **Nit. No. 901811441-3**, se celebrar el presente Contrato.

Tabla No. 1 descripción contrato de obra

CONTRATO No.	No LP-018-2023
OBJETO:	"CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE".
CONTRATISTA:	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA	JOSÉ DAVID FUENTES PEÑA C.C. No. 1.067.858.634 de Montería
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	No.1.067.943.743
INTERVENTORIA	CONSORCIO INTERHOSPITAL COVEÑAS 2024,
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	HUGO HERNAN HERRERA GONZALEZ, CC No. 89.006.321
VALOR CONTRATO	El valor del Contrato es por la suma de TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS VEINTE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/C ($34.420.762.624), equivalentes a 26.477,51 SMLMV para el año de suscripción del Contrato (2024)
PLAZO	El plazo estimado para la ejecución del Contrato será de dieciocho (18) meses

5.2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

5.2.1. LOCALIZACIÓN GENERAL

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

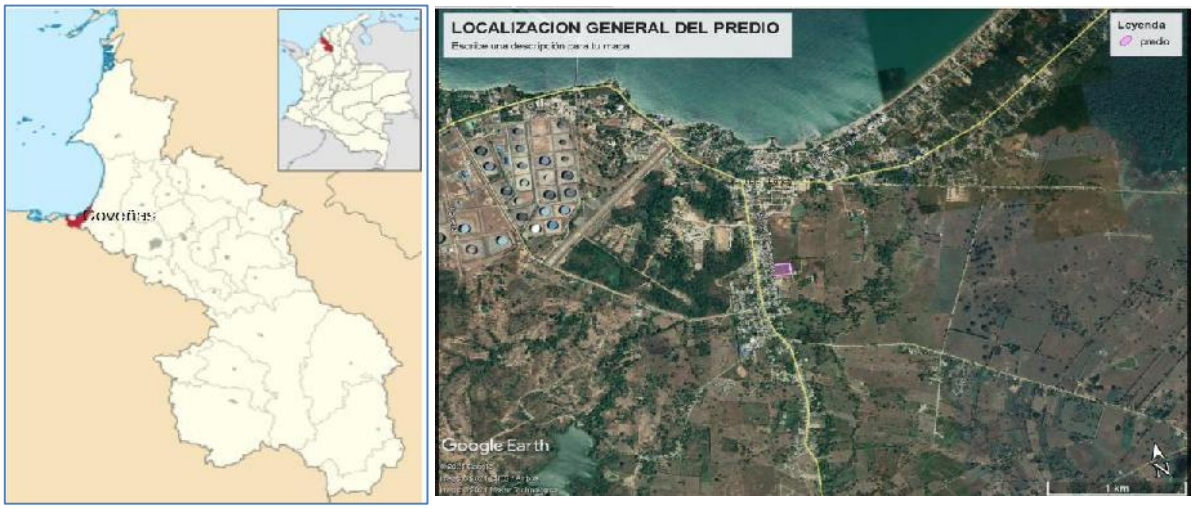


Figura 1: Localización General Coveñas Sucre

6. RECURSOS

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

6.1. RECURSO HUMANO

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

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

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

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

- **Planta de Personal**

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

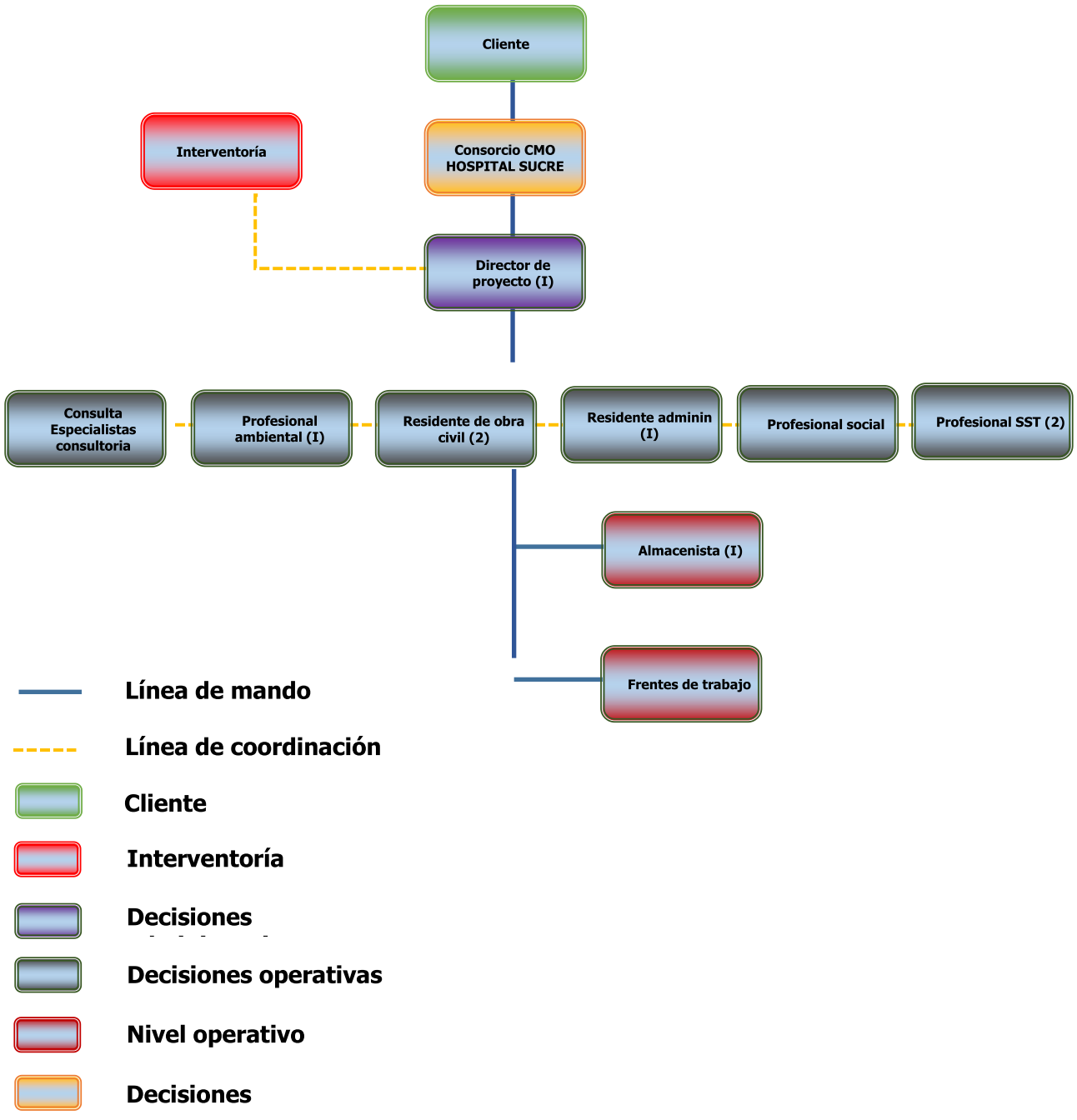
REPRESENTANTE LEGAL: JOSÉ DAVID FUENTES PEÑA

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

Tabla N° 3: personal administrativo

- **Organigrama del consorcio**

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



6.2. INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO

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

- **INSTALACIONES**

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

- **EQUIPOS ESPECIFICACIÓN**

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

- **TECNOLOGÍAS, INFOMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

  Correo electrónico, celular, internet.

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

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

7.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS

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

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

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

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

7.3. PAGO DE APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El contratista presenta planilla de seguridad social del personal directo, correspondiente al mes de **ABRIL 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
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Febrero 2025	9482912945	$21,362,300
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Marzo 2025	9484642787	$16,674,500
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Abril 2025	9485682612	$17,621,800

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

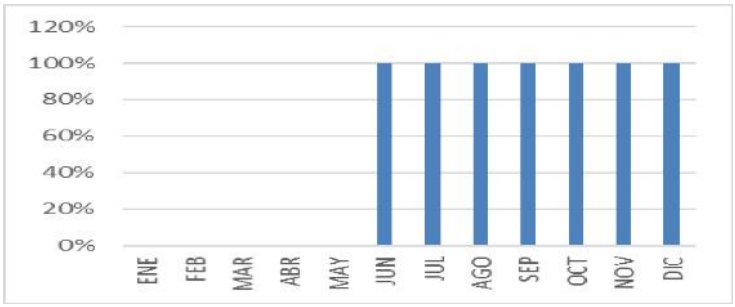
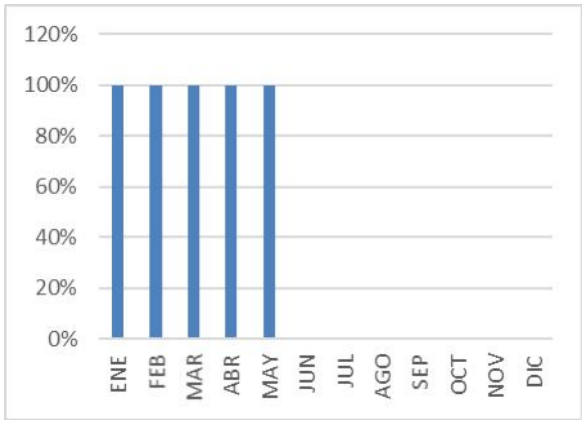


Tabla seguimiento de plan de trabajo anual. 2025

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	11	11	12								75
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	24	17	11	11	12	11	11	12	12	12	12	11	156
		RESULTADO	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 2025



7.6. INDUCCIÓN PERSONAL

Durante el periodo, 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. **(Ver Anexo 5. Inducción personal que 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. **(Ver Anexo 6. Notificación de ingreso en el periodo).**

7.8. DESARROLLO DE CAPACITACIONES EN SST.

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

7.9. SUBPROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

7.9.1. EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

El contratista dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007, la Resolución 1918 de 2009 y el Decreto 1072 de 2015, en el periodo realizó la valoración medico ocupación de ingreso a los trabajadores vinculados al proyecto; dicha evaluación fue realizada por un médico especialista en salud ocupacional. **(Ver anexo 8, Registro de seguimiento de las evaluaciones médicas de ingreso).**

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

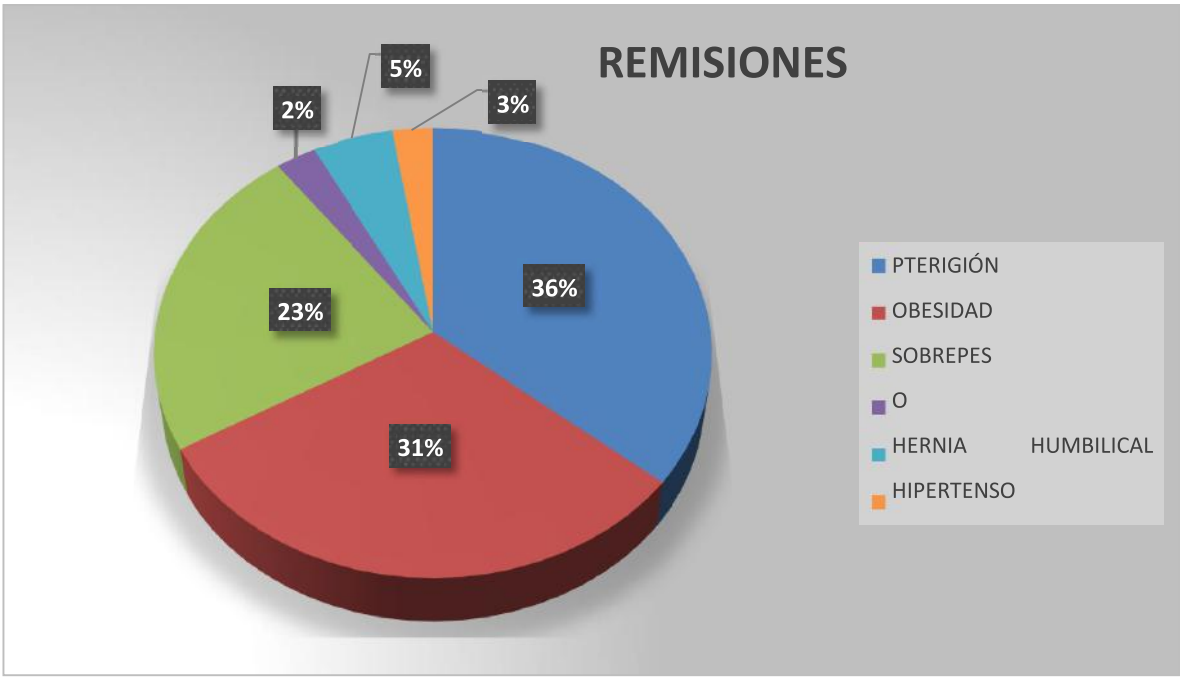
7.9.2. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD

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

trabajadora, análisis y conclusiones de la evaluación y recomendaciones. **Informe de condiciones de salud se soportó informe 5.**

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

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



Así mismo se establece recomendaciones generales a tener en cuenta:

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

7.9.3. EXÁMENES ESPECÍFICOS ALTURAS

Se realiza exámenes Médicos ocupacionales para Trabajo en Alturas a los trabajadores que se desempeñarán en cargos que requieran tareas con exposición a caídas de 2 mts de altura. Estos exámenes médicos ocupacionales de Trabajo alturas constituyen una de las modalidades de evaluación médica específica, y está comprendido por un examen médico, exámenes paraclínicos y las pruebas de laboratorio clínico mínimas obligatorias exigidas por la Resolución 4272 de 2021. **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 9, Tabulación Perfil sociodemográfico).**

7.9.5. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

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

7.10. MANEJO ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO POR CAUSA MÉDICA

Se lleva las estadísticas del control de ausentismo y accidentalidad de trabajadores directos, con el fin de establecer las causas y analizar las tendencias por enfermedad laboral o por accidentes de trabajo. Para el periodo **no se presentó** accidentes de trabajo. Así mismos **no se registra** ausentismo laboral por Incapacidad; según **Resolución 0312 de 2019 y decreto 1072 de 2015**. **(Ver anexo 11, Reporte e investigación de AT, lecciones aprendidas y ausentismo laboral).**

- **Registro de accidente por periodo vinculación directa**

PERIODO	NO. DE ACCIDESTES
JUNIO 2024	0
JULIO 2024	0
AGOSTO 2024	1
SEPTIEMBRE 2024	2
OCTUBRE 2024	5
NOVIEMBRE 2024	1
DICIEMBRE 2024	2
ENERO 2025	1
FEBRERO 2025	2
MARZO 2025	2
Abril 2025	2
Mayo 2025	0
TOTAL, ACCIDENTES	18

- **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
MARZO 2025	0
ABRIL 2025	5
Mayo 2025	0
TOTAL, AUSENTISMO	61

Tabla No. 9. Ausentismos presentados por periodo

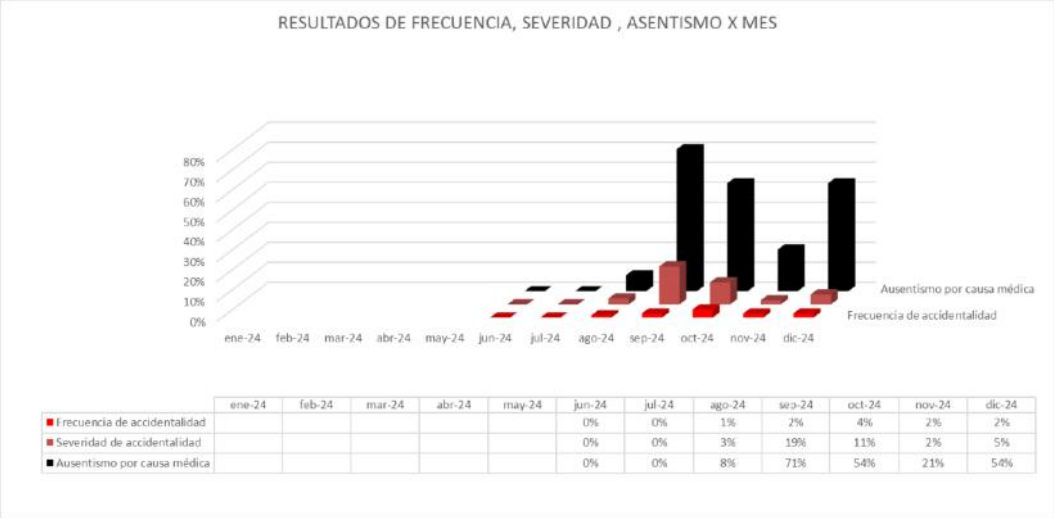
- **Indicadores accidentalidad Resolución. 0312 de 2019**

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

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

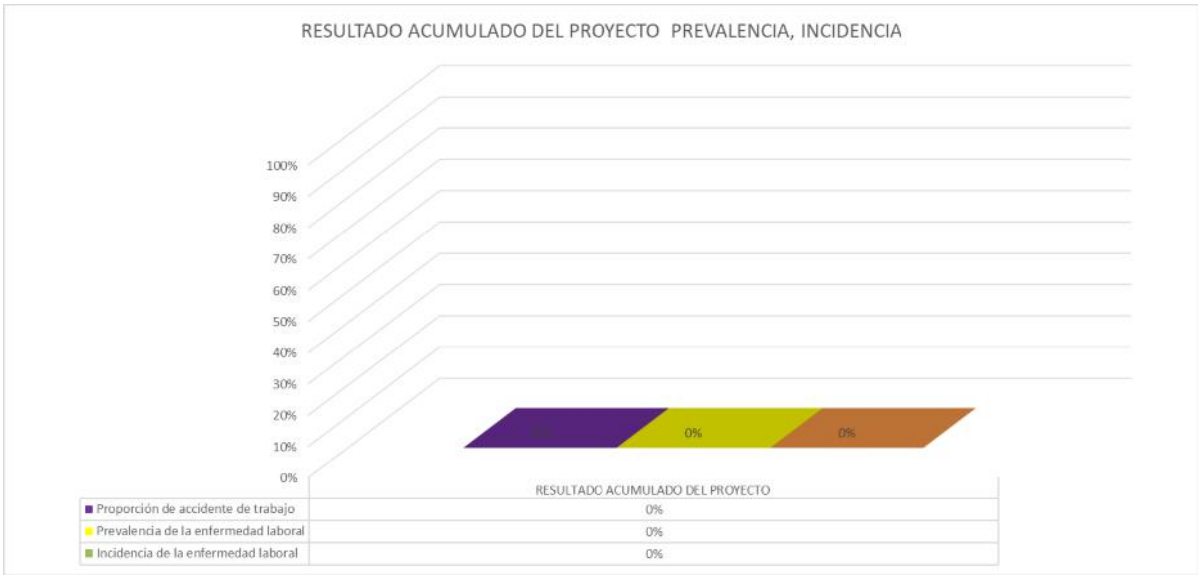
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO TRABAJADORES DIRECTOS														
Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Interpretación	Periodicidad Mínima	RESULTADOS										
					ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Frecuencia 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 + numero 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 período de tiempo	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual						0%	0%	0%	0%	0%	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



	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Frecuencia de accidentalidad						0%	0%	1%	2%	4%	2%	2%
Severidad de accidentalidad						0%	0%	3%	19%	11%	2%	5%
Ausentismo por causa médica						0%	0%	8%	71%	54%	21%	54%

- Gráficos de prevalencia incidencia personal directo 2024



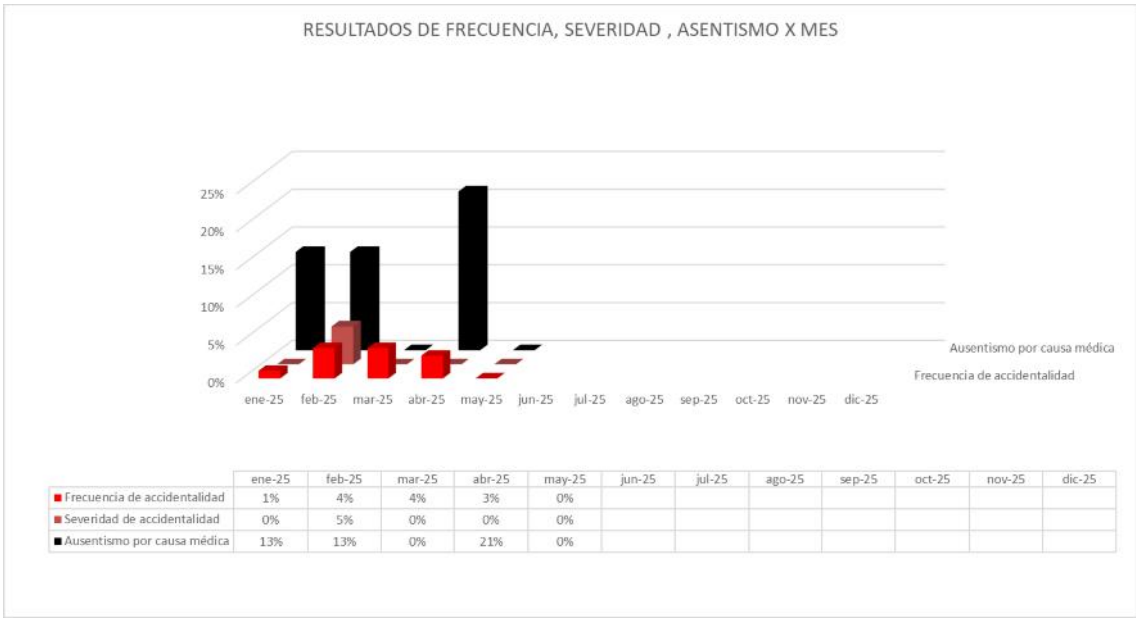
- **Tablero de control de indicadores personal directo 2025**

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO TRABAJADORES DIRECTOS

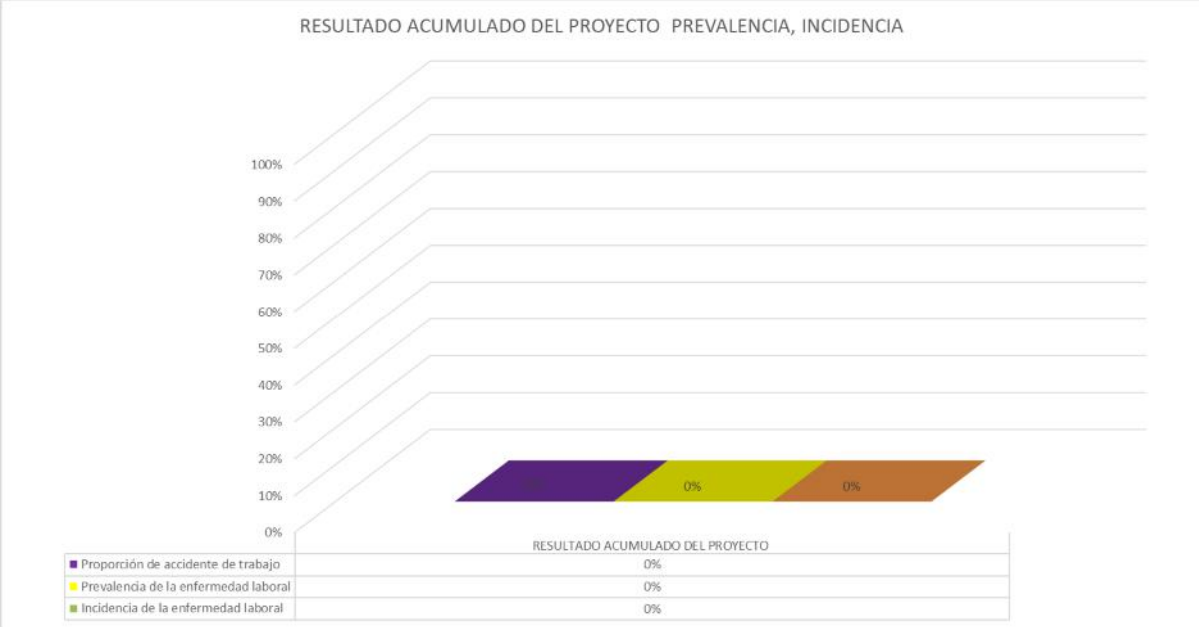
Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Interpretación	Periodicidad Mínima	RESULTADOS											
					ene-25	feb-25	mar-25	abr-25	may-25	jun-25	jul-25	ago-25	sep-25	oct-25	nov-25	dic-25
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de 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%	4%	3%	0%							
Proporcion	Proporción de accidentes de trabajo mortale	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales	Anual	0%	0%	0%	0%	0%							
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo	Mensual	0%	5%	0%	0%	0%							
Prevalencia de la enfermedad laboral	Número de casos de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual	0%	0%	0%	0%	0%							
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un 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%							
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%	0%	21%	0%							

- 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%	4%	3%	0%							
Severidad de accidentalidad	0%	5%	0%	0%	0%							
Ausentismo por causa médica	13%	13%	0%	21%	0%							

- 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 13, Acta entrega de epp**)

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 14, 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 15, inspección – listado de sustancias químicas).**

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

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. HERRAMIENTAS, VOLQUETAS, MAQUINAS Y EQUIPOS

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

7.18. MANEJO DE MAQUINARIA, VEHÍCULO Y EQUIPOS

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

7.19. INSTALACIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN EN LA OBRA

Se realizó la respectiva instalación de las señalizaciones en los diferentes frentes de obra y campamento; reglamentaria, informativa, de prohibición y preventivas, el cual cumple con las características de colores y forma del manual de señalización y norma técnica, con el fin de identificar áreas de trabajo, almacenamiento, etc. Adicional a lo anterior se hace delimitaciones de áreas intervenida con cinta preventiva de peligro y balizas tubulares, se realiza instalación de señales preventivas en el corredor vial, instalación de valla informativa y cerramiento en todo el perímetro de la obra; como barrera dura para limitación del acceso a personal no autorizado. **(Ver anexo 17, Inventario de señalización y registro fotográfico general).**

7.20. ESTABLECIMIENTO DEL PUNTO DE HIDRATACIÓN

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

7.21. 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).**

7.22. 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 18. Acta de reunión del comité).**

7.23. 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. **Se actualizará el comité en el mes de junio de 2025.**

7.24. BRIGADAS DE ASEO.

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

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

Se presenta evidencias fotográficas de todas las actividades contempladas en el de gestión SST. Dichos registros fotográfico evidencias actividades tales como: entrega de epp y dotación, señalización en los frentes de obra,

capacitaciones de sst, manejo de sustancias químicas, uso de epp, elementos de emergencias, políticas y reglamento publicados, manejo de residuos, jornadas de orden y aseo, punto de hidratación, kit antiderrame, , baños en obra, ETC.**(Ver anexo 20. Registro fotográfico generales).**

9. CONCLUSIONES

Del anterior informe presentado podemos concluir que:

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

10. ANEXOS

Anexo 1, Inspección de trabajo seguro

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

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

Anexo 4. Plan de trabajo P vs E

Anexo 5, Inducción

Anexo 6, Notificación de riesgo

Anexo 7, Capacitaciones SST

Anexo 8, Seguimiento de las evaluaciones medicas de ingreso,

Anexo 9, Encuesta y tabulación Perfil sociodemográfico

Anexo 10, Morbilidad

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

Anexo 12, Cálculo de indicadores de accidentalidad directos

Anexo 13, Acta de entrega de epp

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

Anexo 15, Inspección – listado de sustancias químicas

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

Anexo 17, Inventario de señalización

Anexo 18, Reunión del copasst

Anexo 19. Inspección orden y aseo

Anexo 20. 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 DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

PERIODO: Mayo 25.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 05/05/25 FECHA FINAL 10/05/25.

	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	Levante de bloque Fundición de columnas Pañete en muro exterior Perforación e instalación de tubería sanitaria Fundición de Plantilla de tubería, Instalación de tubería sanitaria, Fundida de media caña Fundida de muro Bordillo, Pañete de bloque, Cañ Fundición de bloque, Cañ Fundición de Bordillo Pañete de muro Exterior	Fundición de viga-cimiento Fundición de columnas Instalación de puntos sanitarios, Plantilla cubierta Jornada de aseo	Fundición viga cimiento Instalación de puntos sanitarios, fundición de plantilla de cubierta, retiro de materiales (madera)	Fundición de losa de paso En cuarto de basuro Instalación punto sanitario Pañete en muro exterior.			

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 Diligencian los registros de ATS, PTS, IPVR?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
5 Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentran expuestos durante la ejecución de las actividades.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6 Se consulta a algún trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
7 Se implementan las normas de seguridad vial y uso en las horas de pico?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
8 Trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
9 Se hacen las pausas de retiro de vectores (activas, se realiza cobertura y autocuidado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10 Todos los trabajadores cumplen con las restricciones médicas de ingreso ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
11 Los baños se encuentran en buen estado ubicados a un nivel adecuado salubre, limpios y dotados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12 El comedor está correctamente ubicado y se encuentra limpio y en buen aspecto?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
13 Se ha establecido un sistema de control de tráfico para evitar accidentes de trabajadores y peatones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
14 Se cuenta con ayudante de maquina en los frentes de obra ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
15 Se realizan ventilizaciones y capacitaciones de el personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
16 los baños y campamento se encuentran limpios y aseados 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.	
17 La obra cuenta con la señalización correspondiente según el tipo de actividades que se desarrollan?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
18 Se cuenta con punto ecológico para dejar residuos en los sitios, (colores policromía de colombia (PARA) y verde (BIDA).	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
19 La señalización de señalización es suficiente de acuerdo a las actividades se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20 Se cuenta con la documentación de la maquinaria.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21 Se encuentran señales y señalizadas las rutas de evacuación?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22 existen alambrados, cintas de seguridad, para que los usuarios puedan circular sin problema en la obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23 Los vehículos se encuentran señalizados (sirena) y hay vías especificas para desplazarlos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
24 El cerramiento de la obra se encuentra bien demarcado y señalizado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25 Los materiales que se utilizan en obra se encuentran demarcados y señalizados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
26 Se manejan volantes informativos y alusivos a 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: Mayo 25.

SEMANA COMPRENDIDA - FECHA INICIAL: 05/05 FECHA FINAL: 10/05

Manejo de equipos, herramientas y materiales de 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.
15	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
16	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
17	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
18	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
19	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
20	✓			✓			✓			✓			✓			✓		

Higiene Personal 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.
21	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
22	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
23	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
24	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
25	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
26	✓			✓			✓			✓			✓			✓		

Sobre la Prevención de Caídas, Caídas cargas y Atrapamiento	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
27	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
28	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	✓			✓			✓			✓			✓			✓		

Sobre la Prevención de Accidentes	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
33	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
34		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
35	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
36	✓			✓			✓			✓			✓			✓		

Condición de trabajo seguro para quienes tienen alguna condición especial: SI ✓ NO — Anotar recomendaciones

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

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

Stephanny Gaviria

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 FITO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

PERIODO: Mayo 25

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL: 12/05/25 FECHA FINAL: 17/05/25.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	Fundicion viga - cimiento Fundicion Columnas y macho y Figuracion de acero	Pañete de muros Exteriores Levante en bloque Fundicion Perimetral	Pañete muro Exterior y bloque Levante de Figuracion de acero Columnas, Fundicion de	Levante en bloque, Fundido de Columna de CONFINAMIENTO Pañete de muro Fundida de	Levante en bloque, levante en cachillo Fundida de gran formato les en cubierta Fundicion de Columnas.	Levante de gran formato Fundida de Pañete muro Figuracion de acero Para Columnas.	

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 Diligencian los reportes diarios ATEP (ARL EPS y ADI)	✓			✓						✓						✓			
5 Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentran expuestos durante la ejecución de las actividades?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6 Se identifica algún trabajador en estado alterado (efectos de alguna sustancia psicoactiva)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
7 Se implementan los elementos de seguridad, orden y aseo en los frentes de trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
8 El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
9 Se realizan las pausas de retiro de servicios públicos, se realiza labores para suministrarlos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10 Todos los trabajadores cuentan con las vacunas (tetánica)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
11 Las señales se encuentran en buen estado ubicadas a un nivel diferente del piso, frontal y distancia?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12 El puesto está correctamente ubicado y se encuentra limpio y en buen orden?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
13 Se ha establecido algún tipo de control de ruido para evitar posibles problemas ocupacionales?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
14 Se cuenta con ayudante de maquina en los frentes de obra ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
15 Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones al personal sobre riesgo y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
16 Los baños, y campamento se encuentran limpios y aseo con las normas de seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
Señalización de seguridad y ambiental en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
18 La obra cuenta con la señalización correspondiente según el tipo de actividad que se realice?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
19 Se cuenta con señalización vial dentro del predio, parqueadero, salida de volquetas (PARE) y velocidad (SIGA)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20 El campamento de señalización está ubicado de manera tal, que todo se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21 Se cuenta con la delimitación de la obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22 Se encuentran señales preventivas de riesgo potencial?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23 Existen señalizadas rampas de acceso peatonal para que las obras puedan ser accesibles a todos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
24 Las señales se encuentran señalizadas, pintadas y bien identificadas para cada actividad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25 El puesto de la obra se encuentra bien demarcado y señalizado ?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
26 Las señales que se utilizan en obra se encuentran demarcadas y en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
27 Se mantiene señales informativas sin vallas sin interrupción a la comunidad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

CONTROL / INSPECCIÓN GENERAL DE TRABAJO SEGURO DE ACTIVIDADES

VERSIÓN:

FECHA:

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: Mayo 25.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL 12/05/25 FECHA FINAL 17/05/25

	Manejo de equipos herramientas y actividades 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.
29	Los vehículos, equipos, maquinarias se encuentran en perfectas condiciones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30	Los operarios tienen la experiencia requerida para realizar su trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31	Los operarios de vehículos cumplen con la señalización de seguridad establecida?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32	Las actividades cuentan con Procedimientos apropiados de acuerdo a la labor?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
33	Los equipos cuentan con mantenimiento preventivo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
34	Se le suministra al personal todos los elementos de protección personal?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	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.**
35	Antes de levantar una carga el trabajador conoce el peso de esta y tiene iniciativa de pedir ayuda para levantarla?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
36	Los trabajos de levantamiento manual de cargas se alternan con otros trabajos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
37	Al levantar y trasportar la carga el trabajador usa ayudas mecánicas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
38	Los cargas son izadas por la Maquinaria individual de la persona (Si) Grupal (No)? Si el izado es grupal, el trabajo es dirigido por una persona y transportado a un lugar seguro?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
39	Antes de levantar la carga se verifica si existen elementos sueltos que puedan caer durante el transporte?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
40	Los trabajadores evitan, en la forma de los agarraderos, atrapamientos o pinzamientos de manos o dedos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sobre la Prevención de Golpes /Caídas Cargas y Descargas	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**
a	Los pasillos están libres de objetos que puedan ocasionar caídas o de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
b	El suelo del área de trabajo es antideslizante?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
c	Las cargas son izadas y transportadas de manera segura (con ganchos, eslingas y elementos homologados)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
d	Se evita el uso de puntos ciegos y se cuenta con la ayuda de los vigías de tránsito?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
e	El orden de las cargas en el vehículo de transporte es el adecuado (se distingue el principio de estabilidad)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	Sobre la Prevención de Accidentes	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**	**SI**	**NO**	**N.A.**
41	Durante la labor se trabaja cuidando que el personal no se lesione?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
42	Los trabajos nocturnos se desarrollan con seguridad?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
43	Los vehículos y maquinaria cuentan con alarma de reversa?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
44	Los trabajos en altura cuentan con barandas de seguridad?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Conclusión de la inspección: ¿Es posible en general con las condiciones de seguridad actuales para realizar la labor?		SI	✓	NO															

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

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

FIRMA RESPONSABLE SST

Stephanny Garay

FIRMA RESIDENTE 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: Mayo 25.

SEMANA COMPRENDIDA Y: FECHA INICIAL 19/05/25. FECHA FINAL 24/05/25.

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA INSPECCIONADA
	Levante en ladrillo Gran Formato, Fundición de Columnetas de confinamiento Figuración de acero	Trazado de muro de cuarto de basura, levante de hilada, Fundición de zapatas, levante de ladrillo y bloque.	Levante de bloque, fundición de columna en pérgola de servicio, formaleteado de escalera de servicio, levante de muro en bloque.	Levante en bloque, fundición de columnas, formaleteado de escalera de servicio Fundición de muros interiores.	Levante en bloque, fundición de Columnas, figuración y armado de dados en columna Fundición de muro interior	Levante de bloque en cuarto de basuras Figuración y ejecución de acero en pérgola, Fundición de muro interior	

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 completos 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. Diligenciaron oportunamente el FURAT (ARL, EPS y AFP)	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
5. Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecución de las actividades.	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
6. Se identifica algún trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
7. Se implementan programas de seguridad antes y dentro de los frentes de obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
8. El equipo de manifiesta que los encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar labores	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
9. Se tienen los planes de rescate de servicios públicos se realiza antes de excavaciones	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
10. Cuenta con señalización preventiva en las diferentes áreas de trabajo?				✓			✓						✓			✓			
11. Las señales se encuentran en buen estado ubicadas a un nivel diferente del piso, limpias y dotadas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
12. La cerca está correctamente ubicada y se mantienen limpia y en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
13. Se ha establecido sistema de control de tráfico para evitar accidentes a trabajadores y peatones?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
14. Se cuenta con ayudante de maniobra en los frentes de obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
15. Se realizan capacitaciones y charlas diarias a el personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
16. El Botón, y colaboradores se encuentran limpios y dotados con las normas de seguridad y gestión ambiental?				✓			✓			✓			✓			✓			
Señalización de seguridad y ambiental en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
18. La obra cuenta con la señalización correspondiente según el tipo de actividad que se desarrolle?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
19. Se cuenta con personal para diligenciamiento de planillas de control de (RAEB) y vando (diario).	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
20. La cantidad de trabajadores es suficiente de acuerdo a la actividad se encuentra en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
21. se cuenta con la documentación de la maquinaria	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
22. Se encuentran señalizadas y señalizadas las rutas de evacuación?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
23. Existe adecuado control de polvo, ruidos, olores que se generan durante la ejecución de la obra?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
24. Los botiquines se encuentran señalizados, y hay otros disponibles para emergencias?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
25. Dentro de la obra se encuentra algún personaje vestido de	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
26. En las áreas que se utiliza un horno se encuentra demarcado y señalizado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓			
27. Se mantiene informativa, preventiva y alerta vía 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: Mayo 25

SEMANA COMPRENDIDA: | FECHA INICIAL: 19/05/25 | FECHA FINAL: 24/05/25

Manejo de cargas, herramientas y maquinaria 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 herramientos, o equipos, mostraban algún deterioro que pudiera afectar su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
29. Los herramientos estaban correctamente ubicados después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
30. Los herramientos se almacenan organizadamente después de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
31. Los trabajadores, cumplen correctamente con el uso de EPP?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
32. Los herramientos se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
33. Se le capacita al personal sobre el correcto uso de las herramientas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Higiene Postural y Manejo de Cargas	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
34. Antes de levantar una carga el trabajador conoce el peso de esta y tiene formación en técnicas levantar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
35. La carga se levanta correctamente flexionando las piernas y no la espalda?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
36. Al levantar y transportar la carga el trabajador se ayuda mecánicos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
37. La carga nos obstaculiza la capacidad individual de la persona (a vista, oído, etc.)? Si el peso o el tamaño de la carga impiden ver bien o hacen incómodo el trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
38. Antes de levantar la carga se verifica el camino para el posible trayecto transportado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
39. Los trabajadores reciben la formación adecuada sobre técnicas de manipulación de cargas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Sobre la Prevención de Golpes, Caídas caídas y Descargas	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
a. Los trabajos están libres de objetos que puedan ocasionar caídas o golpes?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
b. El pavimento está roto, aunque está aprobado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
c. Los cables, tomas eléctricas, etc. están por zonas peligrosas y obstáculos inadecuados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
d. Los cables están bien recogidos y no se encuentran fuera de las mesas de trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
e. Los trabajadores conocen el riesgo de caídas de altura y de caídas de objetos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Sobre la Protección 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.
a. El hueco de trabajo cuenta con algún tipo de protección contra incendios?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
b. Los extintores están en buen estado?		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
c. Son accesibles y visibles en caso de incendio?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
d. Se realizan mantenimiento de extintores periódicamente en un lugar visible?	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
Condición de inseguridad: (Se refiere a generación de condiciones de seguridad en cuanto para realizar la actividad)	SI	✓	NO		HALLAZGOS - HOJA DE CONTROL DE INSPECCIÓN													

DIA DE LA SEMANA	HALLAZGOS
LUNES 1	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SÁBADO	
DOMINGO	
ACCIONES CORRECTIVAS	

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

FIRMA RESPONSABLE SST

Stephanny Garay

FIRMA AUTORIZADO

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 DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

PERIODO: Marzo 25.

SEMANA COMPRENDIDA: FECHA INICIAL: 26/05/25 FECHA FINAL:

INSPECCION DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA JORNADA	EVALUACION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	DESCRIPCION	NOVEDADES SEMANA (OPCIONAL)
	Levante de bloque, Parete de muro exterior, levante en Sanitarios, Instalaciones Sanitarias, Formaleta de columnas y de confinamiento	Fundida de Borrillo en muro lujmo, levante de bloque, parete de muro de interior, figuración y colocación en de dicho en pergola					

DIAS DE LA SEMANA	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO			
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 Trabajadores en alturas cuentan con SPT y PCI	✓			✓															
5 Los trabajadores conocen los riesgos a los cuales se encuentra expuesto durante la ejecución de las actividades.	✓			✓															
6 Se evidencia algún trabajador en el momento bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva ?	✓			✓															
7 Se implementan programas de seguridad vial y hacen uso de ellos en la obra?	✓			✓															
8 El trabajador manifiesta que se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales para realizar la labor	✓			✓															
9 Se revisa las pólizas de redes de servicios públicos, se realiza actividad bajo su autorización?	✓			✓															
10 Todos los trabajadores cuentan con las respectivas medidas de ingreso ?	✓			✓															
11 Los botiquines se encuentran en buen estado ubicados a un nivel diferente del piso, firmes y dotados?	✓			✓															
12 La camilla está correctamente ubicada y se encuentra limpia y en buen estado?	✓			✓															
13 Se ha establecido un sistema de control de ingreso para evitar accidentes a trabajadores y peatones?	✓			✓															
14 Se cuenta con ayudante de maquina en los frentes de obra ?	✓			✓															
15 Se realizan amonestaciones y capacitaciones a el personal sobre seguridad y gestión ambiental?	✓			✓															
16 Los baños y campamento se encuentran limpios y aseo con las normas de seguridad y gestión ambiental?	✓			✓															
Señalización de seguridad y ambiental en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	
18 La obra cuenta con la señalización correspondiente según el tipo de actividades que se desarrollen?	✓			✓															
19 Se cuenta con personal capacitado en la obra, portando paletas de colores (VERDE y rojo) (BIGA)	✓			✓															
20 La señalización se encuentra suficiente de acuerdo a las actividades encuentra en cuenta?	✓			✓															
21 La cuenta con la demarcación de la seguridad.	✓			✓															
22 Se encuentran definidas y señalizadas las rutas de evacuación?	✓			✓															
23 Existen adecuadas cantidad de señales preventivas para que los obreros puedan ejecutar un proceso en la obra?	✓			✓															
24 Los extintores se encuentran señalizados suficiente y hay vías específicas para desplazarlos?	✓			✓															
25 El cerramiento de la obra se encuentra bien señalizado y señalizado ?	✓			✓															
26 Los materiales que se utilizan en obra se encuentran debidamente rotulados y señalizados?	✓			✓															
27 Se mantiene 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 PUESTA EN MARCHA Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GRADO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

PERIODO: Mayo 23

SEMANA COMPRENDIDA | FECHA INICIAL: 26/05/23 | FECHA FINAL

	Manejo de equipos, herramientas y materiales en obra	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
28	Los herramientas, equipos y materiales se encuentran en almacenados?	✓			✓														
29	Los herramientas se revisan regularmente para verificar su estado?	✓			✓														
30	Las herramientas se almacenan en lugares adecuados de acuerdo a su uso	✓			✓														
31	Los trabajadores utilizan herramientas de acuerdo a su trabajo?	✓			✓														
32	Los trabajadores limpian su área de trabajo al finalizar?	✓			✓														
33	Se ha capacitado al personal sobre el correcto uso de las herramientas	✓			✓														
	Higiene Postural y Manejo de Cargas	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.	SI	NO	N.A.
34	Antes de levantar una carga el trabajador conoce el peso de esta y tiene en cuenta el espacio para maniobrar	✓			✓														
35	Las cargas se levantan correctamente usando flexión de rodillas y no el tronco?	✓			✓														
36	Al levantar y transportar las cargas el trabajador tiene visibilidad?	✓			✓														
37	Las cargas que se transportan tienen una dimensión adecuada de tal forma que no dificulte la visión del trabajador? Si no, pide ayuda a otro trabajador para transportarla	✓			✓														
38	Al descargar la carga los trabajadores lo hacen de manera segura?	✓			✓														
39	Los trabajadores realizan pausas activas durante la jornada de trabajo? Si no, cuál es la razón?	✓			✓														
	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 objetos que puedan ocasionar caídas o de materiales que obstaculicen el paso?	✓			✓														
b	El personal evita cumplir que esta operando?	✓			✓														
c	Los trabajos tienen precaución al manejar las cargas pesadas y el empleo de ayudas mecánicas?	✓			✓														
d	Se cuenta con puntos de apoyo para el desplazamiento de las cargas?	✓			✓														
e	Se evita el contacto con superficies calientes, con objetos cortantes, con cargas 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.
a	El área de trabajo cuenta con equipos contra incendios?	✓			✓														
b	Los trabajadores conocen su uso adecuado?		✓			✓													
c	Extintores y salidas de emergencia señalizados?	✓			✓														
d	Los trabajadores conocen el plan de emergencia de la empresa frente a un siniestro?	✓			✓														

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

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

RESPONSABLES DE LA INSPECCION

FIRMA COORDINADOR SST

Stephanny G.

FIRMA RESIDENTE 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 :	MAYO

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	ALEX CUESTA BENITEZ	C1065373424	AYUDANTE	13-01-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	COLPENSIONES
2	ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	1116615548	BODEGUERO	09-01-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
3	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	15620652	AYUDANTE	20/03/2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	COLPENSIONES
4	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	C1047393966	RESIDENTE	14-06-2024		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PORVENIR
5	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	C1005708548	AYUDANTE	14-01-2025		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
6	DINEY PAMELA OSPINO JIMENEZ	C1067920553	DIRECTORA	14-06-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	COLFONDOS
7	EDER LUIS RINCO SUAREZ	C1005708714	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
8	EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ	C92496761	MAESTRO DE OBRA	14-06-2024		SURA	SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	NINGUNA AFP
9	FARID LEONARDO MARTÍNEZ CARMONA	C1067403531	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PROTECCION
10	GABRIEL MORENO LICONA	C1072529607	AYUDANTE	09-01-2025		SURA	EPS COOSALUD MOVILIDAD	PORVENIR
11	IVAN DANILO DORIA TIRADO	C1064310879	AYUDANTE	10-01-2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	COLPENSIONES
12	IVAN DARÍO SALGADO CRUZ	C1067855135	OPERADOR MI	09-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
13	JAIME LUIS AVILA CARRASCAL	C78076914	OFICIAL	09-01-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
14	ALEXANDER URANGO ALEXANDER	C73575276	OFICIAL	23-04-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLFONDOS
15	JOHANA KARINA FUENTES PEÑA	C50909828	OBRA	14/06/2024		SURA	SURA EPS	COLFONDOS
16	WILLIAM MARTINEZ OLASCOAGA	C78076416	AYUDANTE	18-03-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	COLFONDOS
17	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI	C9074773	TECNICO	14-06-2024		SURA	SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	NINGUNA AFP
18	KAROLAY CARABALLO REYES	C1069496540	SOCIAL	09-01-2025		SURA	FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	PORVENIR
19	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	C1005708736	AYUDANTE DE	09-01-2025		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
20	SALGADO PADILLA LUIS EDUARDO	C1067280132	PROF	14-06-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
21	LUISA FERNANDA SIBAJA LUNA	C1003395473	INSPECTORA	17-08-2024		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	PORVENIR
22	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDES	C73432693	OBRA	09-01-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	PROTECCION
23	OMAR ENRIQUE MADERA HERNANDEZ	C1003655623	OBRA	15-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
24	SEBASTIAN JOSE GONZALEZ AGUILAR	C1072531384	OBRA	10-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION
25	YEINER BRAVO CASTRO	C1193543998	AYUDANTE DE OBRA	13-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR

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 :	**MAYO**

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	C11000373	MAESTRO DE OBRA	09-01-2025		SURA	SER EMPRESA	PORVENIR
2	STEPHANNY GARAY SALGADO	C1131104122	AUXILIAR SISO	09-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PROTECCION
3	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	C1131107171	ING AMBIENTAL	09-01-2025		SURA	ENTIDAD PROMOTORA	PORVENIR
4	TEODORO MANUEL GARCIA HERNANDEZ	C8168513	AYUDANTE DE OBRA	11-01-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
5	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	C92517051	ARQUITECTO	09-01-2025		SURA	ENTIDAD PROMOTORA	PORVENIR
6	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	C1067400596	AYUDANTE DE OBRA	09-01-2025		SURA	COLOMBIA	COLPENSIONES
7	MANUEL DAVID BETIN MUÑOZ	C1131104577	AYUDANTE DE OBRA	01-02-2025		SURA	ENTIDAD PROMOTORA	PORVENIR
8	CARLOS MANUEL ROBLES SANTOS	C73119953	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		SURA	SER EMPRESA	COLPENSIONES
9	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	C1064309595	AYUDANTE DE OBRA	09-01-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA	PORVENIR
10	MARCO EMILIO ATENCION AVILA	C92540327	OFICIAL DE OBRA	11-01-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA	COLFONDOS
11	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	C1073809586	AYUDANTE DE OBRA	09-01-2025		SURA	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA	PROTECCION
12	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	C1131108401	AYUDANTE DE OBRA	20/03/2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	COLPENSIONES
13	DARWIN RAFAEL RAVELES MORALES	C1067400415	AYUDANTE DE OBRA	24-04-2025	5/05/2025	SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
14	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	C78700868	AYUDANTE DE OBRA	29-01-2025		SURA	SER EMPRESA	COLFONDOS
15	ISRAEL MANUEL MORELO MORELO	C15620027	AYUDANTE DE OBRA	20-03-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
16	DUBAN ANTONIO VEGA PEREZ	C1067169554	AYUDANTE DE OBRA	23-04-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
17	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	C1131105563	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		SURA	ENTIDAD PROMOTORA	PORVENIR
18	EDUARDO JOSE SANTOS JULIO	C1131107866	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		SURA	COLOMBIA	PORVENIR
19	FRANCISCO JAVIER MENDOZA ALEAN	C1065372811	OFICIAL DE OBRA	23-04-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
20	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	C78704837	PLOMERO	22-04-2025		SURA	SER EMPRESA	PORVENIR

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 :	MAYO

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	C1005708729	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		SURA	ENTIDAD PROMOTORA	PORVENIR
2	JAIDER MORALES VILLAREAL VILLALBA	C1003655556	AYUDANTE DE OBRA	23-04-2025		SURA	SER EMPRESA	PROTECCION
3	JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ	C18857561	OFICIAL DE OBRA	24-04-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
4	JEAN CARLOS COA ROMERO	C15620168	AYUDANTE DE OBRA	24-04-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
5	JESUS DAVID GAVIRIA PADILLA	C1071432118	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
6	JORGE LUIS PEREZ GALVAN	C78078970	AYUDANTE DE OBRA	24-04-2025		SURA	SER EMPRESA	PORVENIR
7	JOSE DE LOS SANTOS SIERRA AVILA	C1003064240	AYUDANTE DE OBRA	23-04-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
8	JOSE MANUEL MARTÍNEZ REYES	C1047488987	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		SURA	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	PORVENIR
9	MANUEL ANTONIO FERNANDEZ ROSALES	C15617421	AYUDANTE DE OBRA	23-04-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
10	MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ	C1064309595	OFICIAL DE PLOMERIA	22-04-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA	PORVENIR
11	MARCELINO RINCO RUIZ	C4020724	OFICIAL DE OBRA	22-04-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	COLPENSIONES
12	MIGUEL DIONICIO VERGARA OROZCO	C1065373882	AYUDANTE DE PLOMERIA	23-04-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
13	ADONIS JOSE PADILLA ROSALES	C1102889221	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025	19/05/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
14	ADRIAN JOSE DIAZ ZARZA	C1007245348	AYUDANTE DE OBRA	03-05-2025		SURA	CCF	PORVENIR
15	ANGEL DAVID ROMERO JARABA	C1102812459	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
16	ARGEMIRO GONZALEZ MORELO	C15621299	AYUDANTE DE OBRA	10-05-2025		SURA	SER EMPRESA	PORVENIR
17	ARGEMIRO CAFIEL RAMOS	C15702652	OFICIAL DE OBRA	21-05-2025		SURA	SER EMPRESA	PORVENIR
18	ARISTIDES CHIQUILLO MORELO	C1072526451	AYUDANTE DE OBRA	15-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
19	BREINER JOSE OSUNA PERALTA	C1067400215	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
20	CARLOS ARTURO ZURITA LOPEZ	C15618498	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR

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 :	**MAYO**

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	DANIEL MARQUEZ DIAZ	C15621280	AYUDANTE DE OBRA	15-05-2025		SURA	SER EMPRESA	PORVENIR
2	FELIZ ENRIQUE MONTERROZA MENDOZA	C8718355	AYUDANTE DE OBRA	18-05-2025		SURA	SER EMPRESA	PORVENIR
3	FERNEY HERNANDEZ ESCOBAR	C1003368560	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
4	FERNEY GOMEZ SANTOS	C1072522099	AYUDANTE DE OBRA	18-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	PORVENIR
5	FRANCISCO JAVIER MENDOZA DIAZ	C1005708066	AYUDANTE DE OBRA	18-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
6	JHOAN STIVEN MARTINEZ RUIZ	C1131105171	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025	18/05/2025	SURA	COLOMBIA	COLPENSIONES
7	JONNATAN RAFAEL FONSECA JARABA	C92428583	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLFONDOS
8	JOSE MANUEL JARABA VERTEL	C1007245251	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		SURA	CAJACOPI ATLANTICO - CCF	PORVENIR
9	JOSE ORLANDO MORALES BELTRAN	C1063138873	AYUDANTE DE OBRA	20-05-2025		SURA	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA	PROTECCION
10	JUAN CAMILO BUELVAS BRAVO	C1105391218	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025	18/05/2025	SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
11	JUAN DAVID MERCADO MORELO	C1131105247	AYUDANTE DE OBRA	21-05-2025		SURA	NUEVA EPS S.A.	COLPENSIONES
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Cod: SST-F42
	Listado del personal - Subcontratado	Pag. 1 de 1

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

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	EMPRESA	NIT	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	ISAN SAIR GONZALEZ QUINTERO	1133775580	INGELCOR INGENIERIA SAS	812000053	ELECTRICO			PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

ARL | sura

Medellín, 17 de May 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 %		
C1072522099	GOMEZ SANTOS FERNEY	18/05/2025		189b4220	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 17/05/2025 09:28:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FERNEY GOMEZ SANTOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.522.099,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 17 de Mayo 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2025, 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
8806739	21/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003368560	FERNEY HERNANDEZ ESCOBAR	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15618498	CARLOSARTURO ZURITA LOPEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1067400215	BREINERJOSE OSUNA PERALTA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 16 de May 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 %		
C15618498	ZURITA LOPEZ CARLOS ARTURO	17/05/2025		18325038	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 16/05/2025 17:50:08 .
Los trabajadores marcados con esterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS ARTURO ZURITA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.618.498**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2025, 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
8806739	21/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003368560	FERNEY HERNANDEZ ESCOBAR	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15618498	CARLOSARTURO ZURITA LOPEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1067400215	BREINERJOSE OSUNA PERALTA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 20 de May 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 %
C15702652	CAFIEL RAMOS ARGEMIRO	21/05/2025		382522Vz	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 20/05/2025 14:31:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.173.43, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ARGEMIRO CAFIEL RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.702.652**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 21 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado	Fecha de radicado
23464-00005066-SM	2 1 0 5 2 0 2 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	4. Cotización solidaria
A. Afiliación ( ) B. Reporte de novedades (X)	B. Colectiva ( ) A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia (X) -Beneficiario o afiliado adicional ( ) C. Institucional ( ) D. De oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )	Si ( ) No (X)

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante (X) B. Cabeza de familia ( ) C. Beneficiario ( ) D. Afiliado adicional ( )	A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	ESS067

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

8. Apellidos y nombres		
Primer apellido: CAFIEL	Segundo apellido: RAMOS	Primer nombre: ARGEMIRO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	15702652	Femenino ( ) Masculino (X)	T ( ) NB ( ) Otro ( ) F ( ) M (X) Cual	COL

14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
País	COLOMBIA	Departamento	CORDOBA	Municipio	MOMIL	2 8 0 8 1 9 6 9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	
01		SI ( ) NO (X)		

19. Tiene encuesta	20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de población especial
SI (X) NO ( )	Nivel: 1	Grupo: B	5

22. Administradora de riesgos laborales - ARL	23. Administración de pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA	PORVENIR	$1,423,500	

26. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CALLE 14 11 63		3008708068	MURILLOGERMAN303@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona	
CORDOBA	MOMIL	MOMIL	Cabecera municipal (X) Centro poblado ( )	Rural disperso ( ) Resto rural ( )

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañera(o) permanente cotizante

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

28. Tipo de Documento de	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ( ) Masculino ( )	T ( ) NB ( ) Otro ( ) F ( ) M ( ) Cual	

33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento
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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de 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 de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	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 disperso	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ESE CAMU DE MOMIL	234640076501
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NI	901611441	1

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio / Distrito

mutualser
Atención Integral
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de 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 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.
- [x] 14. Movilidad: [x] 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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAFIEL	RAMOS	ARGEMIRO	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	15702852	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otros [ ] Cual — F [ ] M [X]	2 8 0 8 1 9 6 0

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	2 1 0 5 2 0 2 5	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 74. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. 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 previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la 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.

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellidos y nombres			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Argemiro Cafiel	Leydis Perez

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad de documentos de identidad anexos: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | PT

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del 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 dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos:

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

ARL | sura

Medellín, 14 de May 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 %	
C1072526451	CHIQUILLO MORELO ARISTIDES	15/05/2025		I1722524	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 14/05/2025 09:21:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ARISTIDES CHIQUILLO MORELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.526.451**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Mayo 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/05/2025, 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
8783134	16/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193543998	YEINER BRAVO CASTRO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-13
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003655623	OMARENRIQUE MADERA HERNANDEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-15
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072526451	ARISTIDES CHIQUILLO MORELO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 16 de May 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 %
C92428583	FONSECA JARABA JONNATAN RAFAEL	17/05/2025		47176lz1	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 16/05/2025 17:27:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2025, 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
8806705	21/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1005708066	FRANCISCOJAVIER DIAZ MENDOZA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072522099	FERNEY GOMEZ SANTOS	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102812459	ANGELDAVID ROMERO JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102889221	ADONISJOSE PADILLA ROSALES	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	92428583	JONNATANRAFAEL FONSECA JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 17 de May 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 %	
C1005708066	DIAZ MENDOZA FRANCISCO JAVIER	18/05/2025		21414418	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 17/05/2025 09:31:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2025, 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
8806705	21/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1005708066	FRANCISCOJAVIER DIAZ MENDOZA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072522099	FERNEY GOMEZ SANTOS	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102812459	ANGELDAVID ROMERO JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102889221	ADONISJOSE PADILLA ROSALES	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	92428583	JONNATANRAFAEL FONSECA JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 12 de May 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 %	
C1193543998	BRAVO CASTRO YEINER	13/05/2025		13166155	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/05/2025 10:50:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.148.23, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 15 de Mayo 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/05/2025, 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
8783134	16/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193543998	YEINER BRAVO CASTRO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-13
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003655623	OMARENRIQUE MADERA HERNANDEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-15
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072526451	ARISTIDES CHIQUILLO MORELO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 02 de May 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 %		
C1007245348	DIAZ ZARZA ADRIAN JOSE	03/05/2025		183L1902	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/05/2025 15:24:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.174.98, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 2 de Mayo 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.

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

1.Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	SI / NO

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
DIAZ	ZARZA	ADRIAN	JOSE
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación
CC	1.007.245.348	Femenino / Masculino X	F / M X / T / NB / Otro / Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
COLOMBIANA	País	COLOMBIA	Departamento	SUCRE	Municipio	COVEÑAS	2 4 0 5 1 9 9 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI / NO	SI / NO	Nivel / Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25.Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	1.423.500	

26. Residencia			
Dirección: CRA 3 # 3-72	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3043786518	Correo Electrónico: adriandiaz919@gmail.com

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad / Comuna	Zona
SUCRE	COVEÑAS	CALLE LOS MOGOLLONES	Cabecera Municipal / Rural Disperso / Centro Poblado X / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO 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 de documento de identidad	29. N°del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	CUAL	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	Nivel	Grupo	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio /Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CONOSRCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT.	901.811.441-3	

59. Ubicación				
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1 (Dirección)	7919612 (Teléfono fijo o Celular)	consorciocmohospitalsucre@gmail.com (Correo Electrónico)	SUCRE (Departamento)	COVEÑAS (Municipio/Distrito)

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identificación.
- 4. Actualización y corrección de 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.
- 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 trámite de protección al cesante.
- 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DIAZ	ZARZA	ADRIAN	JOSE

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.007.245.348	Femenino / Masculino X	F / M X / T / NB / Otro / Cual	24/05/1998

65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de Traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	03/05/2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones 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 los 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 Servicios 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 75. 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. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

78. 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Adrian Diaz	Leidit Zarza

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN / TI / PA / CD / Total

RC / CC / CE / SC

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

84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la institución
Código del Municipio	Código del departamento	

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del Funcionario	96. Fecha de Radicación D D M M A A A A
			97. Fecha de Validación D D M M A A A A

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

AVISO DE PRIVACIDAD

CAJACOPI EPS S.A.S., en desarrollo de la autorización prevista en el numeral 75 del formulario de afiliación , le informa que los datos personales suministrados a través del presente formato, mensaje y/o a través de cualquiera otra forma prevista en la ley para la afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud que administra esta entidad, serán tratados de manera confiable y segura con la finalidad principal de garantizar la prestación del servicio de salud de nuestros afiliados, usuarios y pacientes dentro del marco normativo dispuesto en Colombia para tal efecto, lo que incluye la solicitud de datos sensibles por mandato de la Resolución 1823 de 2024. En ejecución de esta finalidad principal CAJACOPI EPS podría realizar los siguientes tratamientos sobre sus datos y con las finalidades que se exponen a continuación: A. Cruzar sus datos personales con otros recolectados en bases de datos que administran otras EPS, así como la SuperSalud y el Ministerio de Salud, para obtener información de la afiliación única a la Seguridad Social y reportar estadísticas a las autoridades de control. B. Recibir sus peticiones, quejas y reclamos y gestionar todo lo que corresponda con ellas. Para ello el titular del dato autoriza ser contactado por cualquiera de los canales o datos de contacto suministrados a través de este formulario, así como a través de los canales a través de los que usted acceda a nuestros servicios. En este sentido le recordamos su obligación como afiliado a esta EPS de mantener actualizada su información personal conforme lo estipula la Resolución 229 de 2020. C. Remitir su información personal a las autoridades de control cuando así lo requieran en el marco de sus funciones legales y obtener estadísticas sobre enfermedades y patologías que ayuden a la mejor gestión del servicio de salud en Colombia para lo cual se podrán aplicar herramientas de análisis sobre dicha información. D. Desplegar acciones y programas de actualización de sus datos personales contactándole por distintos medios, incluyendo redes sociales o datos de su ubicación laboral, con el fin de cumplir con el principio de calidad sobre los datos. E. Realizar procesos de análisis a través de herramientas que permitan obtener información sobre los requerimientos de salud de nuestros usuarios y mejorar los procesos que permitan garantizar el servicio de salud a partir de la toma de decisiones basada en información real, actualizada y certera. F. Gestionar las autorizaciones solicitadas, asignar las citas, efectuar procesos de referencia y contra referencia con los usuarios y pacientes que se remiten de otras EPS y dispensar los medicamentos que sean prescritos en el proceso de atención del dentro de los marcos legales vigentes. G. Realizar auditorías y revisiones periódicas sobre la constatación de la prestación de los servicios de salud. En estos casos usted podrá ser contactado por el personal correspondiente para hacer estas revisiones periódicas y/o auditorías y desde ya autoriza a CAJACOPI EPS para acceder a su historia clínica. H. Desplegar las acciones pertinentes en el marco de la Medicina Laboral cuando se presenten accidentes de trabajo, determinar pacientes que presenten enfermedades de alto costo con el fin de gestionar los riesgos frente a una atención integral de salud. I. Promover y mantener la salud pública a través de la gestión de vigilancia epidemiológica de conformidad con las instrucciones de las autoridades de control. J. Tratar datos de víctimas del conflicto armado provenientes de las bases de datos remitidas por el Ministerio de Salud con el fin de que esta EPS realice la intervención correspondiente de acuerdo con las patologías reportadas. K. Efectuar caracterización de los pacientes y de sus patologías para identificación de riesgos que puedan impedir la prestación del servicio de salud. L. Adoptar y las medidas de seguridad de carácter informático, lógico, físico y administrativo que sean necesarias para la debida confidencialidad, reserva y seguridad de la información personal que se encuentra bajo nuestra custodia. M. Establecer procesos de comunicación con usted y su grupo de beneficiarios a través de redes sociales, datos de contacto por usted suministrados y demás medios de comunicación a los que acuda esta EPS con el fin de atender sus requerimientos y necesidades, así como para promover programas de prevención en salud. N. Las demás acciones que se requieran desplegar por esta entidad con el fin primordial de garantizar la prestación del servicio de salud, como lo es la contratación de la red de prestadores de servicios de salud, la entrega de sus datos a terceros proveedores encargados de tratamientos puntuales al momento de la prestación del servicio de salud, proveedores que pueden tener sus sistemas de información ubicados dentro de Colombia o bien por fuera de ella, y que abrarán en todo caso bajo la vigilancia de esta EPS. Con el fin de que usted pueda conocer, actualizar, rectificar, modificar su información, o bien oponerse a un tratamiento específico de los antes enunciados y solicitar la exclusión de sus datos y/o revocar su consentimiento, siempre qué no exista mandato legal o contractual que le obligue a soportar los tratamientos mencionados, se ha dispuesto de los siguientes canales: correo electrónico habeasdata@cajacopieps.com, Lo invitamos a consultar nuestra Política de Privacidad en **www.cajacopieps.com**.

ARL | sura

Medellín, 09 de May 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 %		
C15621299	GONZALEZ MORELO ARGEMIRO	10/05/2025		13362L44	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/05/2025 15:24:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.151.121, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ARGEMIRO GONZALEZ MORELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.621.299**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Mayo 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.

mutualser
Atención sin tantavuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DE TRÁMITE

No. de radicado: 23672-00012491-SM

Fecha de radicado: 12 05 2025

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ( ) B. Reporte de novedades (X)
2. Tipo de afiliación: A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia (X) -Beneficiario o afiliado adicional ( ) B. Colectiva ( ) C. Institucional ( ) D. De oficio ( )
3. Régimen: A. Contributivo (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. Código (a registrar por la EPS): EBS007

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

8. Apellidos y nombres: GONZALEZ | MORELO | ARGEMIRO
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 15821299
11. Sexo biológico: Femenino ( ) Masculino (X)
12. Sexo identificación: F ( ) M (X) T ( ) NB ( ) Otro ( ) Cual
13. Nacionalidad: COL
14. Lugar de nacimiento: País: COLOMBIA | Departamento: CORDOBA | Municipio: SAN ANTERO
15. Fecha de nacimiento: 17 08 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia:
17. Comunidad:
18. Discapacidad: Categoría de discapacidad: | SI ( ) NO (X)
19. Tiene encuesta: SI (X) NO ( )
20. Clasificación SISBÉN: Nivel: 1 | Grupo: A
21. Grupo de población especial: 5
22. Administradora de riesgos laborales - ARL: CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
23. Administración de pensiones: PORVENIR
24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.423.500
25. Tarifa contribución solidaria:
26. Residencia — Dirección: CALLE 1 NR 1
Teléfono fijo:
Teléfono celular: 3216363504
Correo electrónico: ARGEMIROGONZALEZ50@GMAIL.COM
Departamento: CORDOBA
Municipio / Distrito: SAN ANTERO
Localidad / Comuna: SAN ANTERO
Zona: Cabecera municipal ( ) Centro poblado ( ) Rural disperso (X) Resto rural ( )

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres:
28. Tipo de Documento de:
29. Número del documento de identidad:
30. Sexo biológico: Femenino ( ) Masculino ( )
31. Sexo identificación: F ( ) M ( ) T ( ) NB ( ) Otro ( ) Cual
32. Nacionalidad:
33. Lugar de nacimiento: País: | Departamento: | Municipio:
34. Fecha de nacimiento:

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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	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			
B6			

53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

C		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	ESE CAMU IRIS LOPEZ DURAN DE SAN ANTERO	236720046901
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	1

59. Ubicación

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

68. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de 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 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.
- [x] 14. Movilidad: [x] 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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ( ) Masculino ( )	T ( ) NB ( ) Otros ( ) Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D D M M A A A A	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 74. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. 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 previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la 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			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Argemiro Gonzalez	Leydi Yoru

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos									

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del 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 dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos:

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

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

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

ARL | sura

Medellín, 16 de May 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 %	
C1003368580	HERNANDEZ ESCOBAR FERNEY	17/05/2025		4141244	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 16/05/2025 17:45:19 .
Los trabajadores mercados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FERNEY HERNANDEZ ESCOBAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.368.560**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Mayo 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2025, 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
8806705	21/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1005708086	FRANCISCOJAVIER DIAZ MENDOZA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072522099	FERNEY GOMEZ SANTOS	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102812459	ANGELDAVID ROMERO JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102889221	ADONISJOSE PADILLA ROSALES	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	92428583	JONNATANRAFAEL FONSECA JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 16 de May 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 %	
C1007245251	JARABA BERTEL JOSE MANUEL	17/05/2025		G2501682	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 16/05/2025 17:38:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE MANUEL JARABA BERTEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.245.251**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 17 de Mayo 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.

EPS | Cajacopi Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectivo C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	SI / No

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (Asignado por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer apellido: JARABA	Segundo apellido: BERTEL	Primer nombre: JOSE	Segundo nombre: MANUEL

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1.007.345.251	Femenino / Masculino X	F / M X / T / NB / Otro / Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento					15. Fecha de nacimiento
COLOMBIANA	País: COLOMBIA	Departamento: SUCRE		Municipio: COVEÑAS		1 1 / 0 3 / 2 0 0 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI / NO	SI / NO	Nivel / Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	PORVENIR	1.423.500	

26. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CRA 6 # 2-52		3002880844	josejarababertel@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
SUCRE	COVEÑAS	CALLE LOS TRAMPOSOS	Cabecera Municipal / Rural Disperso / Centro Poblado X / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO 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 de documento de identidad	29. N°del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
	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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	CUAL	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	Nivel	Grupo	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio /Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

50. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
51		
52		
53		
54		
55		

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

56. Nombre o razón social	57. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante (a registrar por la EPS)
CONOSRCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NIT.	901.811.441-3	

59. Ubicación				
CALLE 42 # 7-40 LOCAL 1 (Dirección)	7919612 (Teléfono fijo o celular)	consorciocmohospitalsucre@gmail.com (Correo Electrónico)	SUCRE (Departamento)	COVEÑAS (Municipio/Vereda)

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identificación.
- 4. Actualización y corrección de 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.
- 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 trámite de protección al cesante.
- 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
IARABA	BERTEL	JOSE	MANUEL

Tipo de documento de identidad: CC	Número del documento de identificación	62. Sexo biológico: Femenino	Masculino X	63. Sexo identificación: F	M X	T	NR	Otro	Cual	64. Fecha de nacimiento
	1.007.245.251									14 03 2000

65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de Traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	17 05 2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones 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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. Declaración de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 75. 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. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o Entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jose Jaraba	Leidis Paner

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN TI MM CD Total:

NC CC CE SC

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

84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de anotación o sentencia judicial que declara la unión marital.

85. 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 anotación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

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

87. Copia de la orden judicial o del 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 dos padres.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.

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 conste 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		93. Nombre de la institución
Código del Municipio	Código del departamento	

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del Funcionario	96. Fecha de liquidación D D M M A A A A
			97. Fecha de Validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerda 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

AVISO DE PRIVACIDAD

CAJACOPI EPS S.A.S., en desarrollo de la autorización prevista en el numeral 75 del formulario de afiliación , le informa que los datos personales suministrados a través del presente formato, mensaje y/o a través de cualquiera otra forma prevista en la ley para la afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud que administra esta entidad, serán tratados de manera confiable y segura con la finalidad principal de garantizar la prestación del servicio de salud de nuestros afiliados, usuarios y pacientes dentro del marco normativo dispuesto en Colombia para tal efecto, lo que incluye la solicitud de datos sensibles por mandato de la Resolución 1823 de 2024. En ejecución de esta finalidad principal CAJACOPI EPS podrá realizar las siguientes tratamientos sobre sus datos y con las finalidades que se exponen a continuación: A. Cruzar sus datos personales con otras recolectadas en bases de datos que administran otras EPS, así como la SuperSalud y el Ministerio de salud, para obtener información de la afiliación única a la Seguridad Social y reportar estadísticas a las autoridades de control. B. Recibir sus peticiones, quejas y reclamos y gestionar todo lo que corresponda con ellas. Para ello el titular del dato autoriza ser contactado por cualquiera de los canales o datos de contacto suministrados a través de este formulario, así como a través de los canales a través de los que usted accede a nuestros servicios. En este sentido le recordamos su obligación como afiliado a esta EPS de mantener actualizada su información personal conforme lo estipula la Resolución 229 de 2020. C. Remitir su información personal a las autoridades de control cuando así lo requieran en el marco de sus funciones legales y obtener estadísticas sobre enfermedades y patologías que ayuden a la mejor gestión del servicio de salud en Colombia para lo cual se podrán aplicar herramientas de análisis sobre dicha información. D. Desplegar acciones y programas de actualización de sus datos personales contactándole por distintos medios, incluyendo redes sociales o datos de su ubicación laboral, con el fin de cumplir con el principio de calidad sobre los datos. E. Realizar procesos de análisis a través de herramientas que permitan obtener información sobre los requerimientos de salud de nuestros usuarios y mejorar los procesos que permitan garantizar el servicio de salud a partir de la toma de decisiones basada en información real, actualizada y certera. F. Gestionar las autorizaciones solicitadas, asignar las citas, efectuar procesos de referencia y contra referencia con los usuarios y pacientes que se remitan de otras EPS y dispensar los medicamentos que sean prescritos en el proceso de atención del dentro de los marcos legales vigentes. G. Realizar auditorías y revisiones periódicas sobre la constatación de la prestación de los servicios de salud. En estos casos usted podrá ser contactado por el personal correspondiente para hacer estas revisiones periódicas y/o auditorías y desde ya autoriza a CAJACOPI EPS para acceder a su historia clínica. H. Desplegar las acciones pertinentes en el marco de la Medicina Laboral cuando se presenten accidentes de trabajo; determinar los pacientes que presentan enfermedades de alto costo con el fin de gestionar los riesgos frente a una atención integral de salud. I. Promover y mantener la salud pública a través de la gestión de vigilancia epidemiológica de conformidad con las instrucciones de las autoridades de control. J. Tratar datos de víctimas del conflicto armado provenientes de las bases de datos remitidas por el Ministerio de Salud con el fin de que esta EPS realice la intervención correspondiente de acuerdo con las patologías reportadas. K. Efectuar caracterización de los pacientes y de sus patologías para identificación de riesgos que puedan impedir la prestación del servicio de salud. L. Adoptar y las medidas de seguridad de carácter informático, lógico, físico y administrativo que sean necesarios para la debida confidencialidad, reserva y seguridad de la información personal que se encuentra bajo nuestra custodia. M. Establecer procesos de comunicación con usted y su grupo de beneficiarios a través de redes sociales, datos de contacto por usted suministrados y demás medios de comunicación a los que acuda esta EPS con el fin de atender sus requerimientos y necesidades, así como para promover programas de prevención en salud. N. Las demás acciones que se requieran desplegar por esta entidad con el fin primordial de garantizar la prestación del servicio de salud, como lo es la contratación de la red de prestadores de servicios de salud, la entrega de sus datos a terceros proveedores encargados de tratamientos puntuales al momento de la prestación del servicio de salud, proveedores que puedan tener sus sistemas de información ubicados dentro de Colombia o bien por fuera de ella, y que obrarán en todo caso bajo la vigilancia de esta EPS. Con el fin de que usted pueda conocer, actualizar, rectificar, modificar su información, o bien oponerse a un tratamiento específico de los antes enunciados y solicitar la exclusión de sus datos y/o revocar su consentimiento, siempre qué no exista mandato legal o contractual que le obligue a soportar los tratamientos mencionados, se ha dispuesto de los siguientes canales: correo electrónico habeasdata@cajacopieps.com, Le invitamos a consultar nuestra Política de Privacidad en **www.cajacopieps.com.**

ARL | sura

Medellín, 14 de May 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 %
C1003655623	MADERA HERNANDEZ OMAR ENRIQUE	15/05/2025		229prj42	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 14/05/2025 15:11:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/05/2025, 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
8783134	16/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1193543998	YEINER BRAVO CASTRO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-13
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003655623	OMARENRIQUE MADERA HERNANDEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-16
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072526451	ARISTIDES CHIQUILLO MORELO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 14 de May 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 %		
C15621280	MARQUEZ DIAZ DANIEL	15/05/2025		93224331	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 14/05/2025 09:24:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIEL MARQUEZ DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **15.621.280**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Mayo 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.

mutualser
Atención de Santa Marta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

8. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de 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 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.
- [x] 14. Movilidad: [x] 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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino ( ) Masculino ( )	F ( ) M ( ) T ( ) NB ( ) Otros ( ) Cual	D D M M A A A A

65.EPS anterior	66. Fecha de novedad	67.Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D D M M A A A A	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 74. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. 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 previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la 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 de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Daniel Marquez	Leidit Pener

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad:

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos								

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del 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 dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos:

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

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

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

ARL | sura

Medellín, 16 de May 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 %		
C1131105171	MARTINEZ RUIZ JHOAN STIVEN	17/05/2025		I2925205	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 16/05/2025 17:35:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JHOJAN STIVEN MARTINEZ RUIZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1131105171,** se encuentra afiliado/a desde **22/05/2025** 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 23 de mayo de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Juntos a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Las instituciones que se encuentren anexas al Formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

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

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

Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
MARTINEZ	RUIZ	JHOAN	STIVEN
	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1.131.105.171	Femenino [ ] Masculino [X]	0 3 0 9 2 0 0 3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

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

18. Residencia			
GUAYABAL	3113267197		hoanmartinez@gmail.com
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

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

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

- ORIGINAL EPS -

VIGILADO Supersalud

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
Junto a ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

CONSECUTIVO N°.

N°. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 1 0 / 0 5 / 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 envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario — Jhoan Martinez

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES

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

-ORIGINAL EPS-

VIGILADO Supersalud

ARL | sura

Medellín, 19 de May 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 %		
C1063138873	MORALES BELTRAN JOSE ORLANDO	20/05/2025		18110A27	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 19/05/2025 11:27:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORALES BELTRAN JOSE ORLANDO** Identificado(a) con **CC** número **1.063.138.873** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de febrero de 2023 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 19 de mayo de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado	Fecha de radicado
23672-00013075-SM	2 0 0 5 2 0 2 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	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ( ) B. Reporte de novedades (X)	B. Colectiva ( ) A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia (X) -Beneficiario o afiliado adicional ( ) C. Institucional ( ) D. De oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )	Si ( ) No (X)

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante (X) B. Cabeza de familia ( ) C. Beneficiario ( ) D. Afiliado adicional ( )	A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	ESSC07

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

8. Apellidos y nombres			
MORALES	BELTRAN	JOSE	ORLANDO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento
CC	1063136873	Femenino ( ) Masculino (X)	F ( ) M (X) T ( ) NB ( ) Otro ( ) Cual	COL	País: COLOMBIA Departamento: CORDOBA Municipio: SAN ANTERO	0 9 0 9 2 0 0 4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ( ) NO (X)	SI (X) NO ( )	Nivel: 1 Grupo: A	5

22. Administradora de riesgos laborales - ARL	23. Administración de pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA	PROTECCION	$1.423.500	

26. Residencia				
Dirección: BARRIO VIETNAN	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3022035951	Correo electrónico:	
Departamento: CORDOBA	Municipio / Distrito: SAN ANTERO	Localidad / Comuna: SAN MARTIN	Zona: Cabecera municipal (X) Centro poblado ( )	Rural disperso ( ) Resto rural ( )

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO 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 de Documento de	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de 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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	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			

	53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ESE CAMU IRIS LOPEZ DURAN DE SAN ANTERO	236720046901
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	1

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

mutualser
Atención sin intermediarios
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de 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 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.
- [x] 14. Movilidad: [x] 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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ( ) Masculino ( )	F ( ) M ( ) T ( ) NB ( ) Otros ( ) Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D D M M A A A A	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 74. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. 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 previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la 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 de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jose Morales	Javier Yepes

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | PT
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del 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 dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 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 conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

Total anexos:

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

ARL | sura

Medellín, 16 de May 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 %	
C1067400215	OSUNA PERALTA BREINER JOSE	17/05/2025		10140157	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 16/05/2025 17:47:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BREINER JOSE OSUNA PERALTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.400.215**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 17 de Mayo 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2025, 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
8806739	21/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003368560	FERNEY HERNANDEZ ESCOBAR	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15618498	CARLOSARTURO ZURITA LOPEZ	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1067400215	BREINERJOSE OSUNA PERALTA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 16 de May 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 %	
C1102889221	PADILLA ROSALES ADONIS JOSE	17/05/2025		23522924	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 16/05/2025 17:31:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ADONIS JOSE PADILLA ROSALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.889.221**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 17 de Mayo 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2025, 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
8806705	21/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1005708066	FRANCISCOJAVIER DIAZ MENDOZA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072522099	FERNEY GOMEZ SANTOS	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102812459	ANGELDAVID ROMERO JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102889221	ADONISJOSE PADILLA ROSALES	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	92428583	JONNATANRAFAEL FONSECA JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 16 de May 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 %		
C1102812459	ROMERO JARABA ANGEL DAVID	17/05/2025		28C59TX1	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 16/05/2025 17:41:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGEL DAVID ROMERO JARABA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1102812459,** se encuentra afiliado/a desde **21/05/2025** 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 22 de mayo de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/05/2025, 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
8806705	21/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1005706066	FRANCISCOJAVIER DIAZ MENDOZA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072522099	FERNEY GOMEZ SANTOS	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-18
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102812459	ANGELDAVID ROMERO JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102889221	ADONISJOSE PADILLA ROSALES	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17
CÉDULA DE CIUDADANÍA	92428583	JONNATANRAFAEL FONSECA JARABA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-17

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 17 de May 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 %		
C8718355	MONTERROZA MENDOZA FELIZ ENRIQUE	18/05/2025		222199i2	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 17/05/2025 09:26:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.172.81, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FELIX ENRIQUE MONTERROZA MENDOZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **8.718.355,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

mutualser
Atención sin barreras
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado	Fecha de radicado
13001-00271424-SM	19 05 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	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ( ) B. Reporte de novedades (X)	B. Colectiva ( )	A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia (X) -Beneficiario o afiliado adicional ( ) C. Institucional ( ) D. De oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )	Si ( ) No (X)

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante (X) B. Cabeza de familia ( ) C. Beneficiario ( ) D. Afiliado adicional ( )	A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	ESSC07

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

8. Apellidos y nombres			
MONTERROZA	MENDOZA	FELIX	ENRIQUE

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	8718355	Femenino ( ) Masculino (X)	F ( ) M (X) T ( ) NB ( ) Otro ( ) Cual	COL

14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
País	COLOMBIA	Departamento	BOLIVAR	Municipio	CARTAGENA	13 09 1958

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ( ) NO (X)	SI (X) NO ( )	Nivel 1 Grupo B	5

22. Administradora de riesgos laborales - ARL	23. Administración de pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
C/A SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA	PORVENIR	$1.423.500	

26. Residencia			
CL 14 # 16 - 21 Dirección	Teléfono fijo	3146932264 Teléfono celular	VILLACOPIAS20123@GMAIL.COM Correo electrónico
BOLIVAR Departamento	CARTAGENA Municipio / Distrito	EL POZON Localidad / Comuna	Zona: Cabecera municipal (X) Centro poblado ( ) Rural disperso ( ) Resto rural ( )

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO 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 de Documento de	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ( ) Masculino ( )	F ( ) M ( ) T ( ) NB ( ) Otro ( ) Cual	

33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
País		Departamento		Municipio		D D M M Y Y Y Y

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 de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															D D M M Y Y Y Y
B2															D D M M Y Y Y Y
B3															D D M M Y Y Y Y
B4															D D M M Y Y Y Y
B5															D D M M Y Y Y Y

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	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			

53. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS	13001008701
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NI	901811441	1

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

mutualser
Atención sin barreras
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de 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 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.
- [X] 14. Movilidad: [X] 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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otros [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D D M M A A A A	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] 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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 74. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. 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 previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCION 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 de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante (entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Felix Montenegro	Leydit Yanes

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos [ ]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del 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 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 del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del 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 dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 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 conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos: [ ]

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

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

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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

ARL | sura

Medellín, 09 de May 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 %	
C1072531384	GONZALEZ AGUILAR SEBASTIAN JOSE	10/05/2025		1237v182	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/05/2025 15:21:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.151.121, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ AGUILAR SEBASTIAN JOSE** identificado(a) con **CC** número **1.072.531.384** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de junio de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 09 de mayo de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 744 44 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
y en el resto del país desde un teléfono fijo **01 8000 52 8000.**

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/05/2025, 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
8761304	12/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072531384	SEBASTIANJOSE GONZALEZ AGUILAR	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-10

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 26 de May 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 %	
C2814230	SANTOS FUENTES JOSE DEL ROSARIO	27/05/2025		7t632823	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 26/05/2025 11:55:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.141.54, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JOSE DEL ROSARIO SANTOS FUENTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **2.814.230**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 26 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/05/2025, 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
8826569	27/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	2814230	JOSEDEL ROSARIO SANTOS	1423500	AYUDANTE DE ALBA?ILERIA	2025-05-27

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 26 de May 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 %		
C1072523123	TAPIA MORELO DEIMIR	27/05/2025		13815462	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 26/05/2025 11:46:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.141.54, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DEIMIR TAPIA MORELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.523.123**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 26 de Mayo 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/05/2025, 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
8826596	27/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072523123	DEIMIR TAPIA MORELO	1423500	AYUDANTE DE ALBA?ILERIA	2025-05-27

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 20 de May 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 %
C1131105247	MERCADO MORELO JUAN DAVID	21/05/2025		15119821	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 20/05/2025 14:35:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.106.173.43, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN DAVID MERCADO MORELO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1.131.105.247,** se encuentra afiliado/a desde **22/05/2025** 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 27 de mayo 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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/05/2025, 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
8832351	28/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1.131.105.247	JUAN DAVID MERCADO MORELO	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-05-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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

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 **abril 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 30 de mayo 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
2025-04	2025-05	1458519803	9485682612	E	2025/05/12	2025/05/05	BANCOLOMBIA	0	$17,621,800

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	1067915162	APARICIO LUIS		X																230301	2	$94,900	$15,200	EPS010	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
2	CC	1131105563	ARRIETA EDUARDO	X																	230301	9	$427,050	$68,400	EPS002	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
3	CC	1193556241	ATENCIO MARCO																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
4	CC	1131104577	BETIN MANUEL																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
5	CC	1193543998	BRAVO YEINER		X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF41	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
6	CC	1069496540	CARABALLO KAROLAY																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
7	CC	78076914	CARRASCAL JAIME																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
8	CC	1073809586	CAUSIL OSCAR		X																230201	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF41	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
9	CC	15620168	COA JEAN	X																	230301	7	$332,150	$53,200	EPS037	7	$332,150	$13,300	CCF41	7	$332,150	$13,300	14-11	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
10	CC	15620652	CONEO ARISTIDES																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
11	CC	9074773	CRUZ JORGE																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
12	CC	92517051	CRUZ VICTOR																		230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS002	30	$1,600,000	$64,000	CCF41	30	$1,600,000	$64,000	14-11	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
13	CC	1065373424	CUESTA ALEX																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
14	CC	1067400596	DE AGUSTIN WILLIAM																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	CCFC33	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
15	CC	1072529626	DIAZ CARLOS	X	X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF41	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
16	CC	1064310879	DORIA IVAN																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
17	CC	1047393966	FALS CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS048	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
18	CC	15617421	FERNANDEZ MANUEL	X																	25-14	8	$379,600	$60,800	EPS037	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
19	CC	73432693	FERNANDEZ PEDRO																		230201	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
20	CC	50909828	FUENTES JOHANNA																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
21	CC	1005708729	GARAY HUGO	X																	230301	9	$427,050	$68,400	EPS002	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
22	CC	1131104122	GARAY STEPHANNY																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
23	CC	1003344259	GARCIA CARLOS		X																230301	1	$47,450	$7,600	ESSC07	1	$47,450	$1,900	CCF41	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
24	CC	8168513	GARCIA TEODORO																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
25	CC	1071432118	GAVIRIA JESUS	X																	25-14	9	$427,050	$68,400	EPS041	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
26	CC	1072525704	GONZALEZ LUIS		X																230301	15	$711,750	$113,900	EPS037	15	$711,750	$28,500	CCF41	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
27	CC	78704837	HERRERA HOVER	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
28	CC	1003655741	JIMENEZ LEOVIGILDO		X																230301	1	$47,450	$7,600	EPS041	1	$47,450	$1,900	CCF41	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
29	CC	1116615548	MANJARRES ALVARO																		230301	30	$1,423,500	$227,800	CCFC33	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
30	CC	1067403531	MARTINEZ FARID																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
31	CC	1047488987	MARTINEZ JOSE	X																	230301	9	$427,050	$68,400	CCFC33	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
32	CC	78076416	MARTINEZ WILLIAM																		231001	30	$1,423,500	$227,800	CCFC55	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
33	CC	1065372811	MENDOZA FRANCISCO	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS041	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
34	CC	1005708736	MENDOZA LUIS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
35	CC	1005708548	MESTRA CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900

734 / 947

Planilla Resumen

36	CC	1064309595	MIRANDA MANUEL	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
37	CC	92496761	MONTERROSA EUCLIDES																			0	$0	$0	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$213,100
38	CC	1129504510	MONTERROZA DANIEL		X																230301	2	$94,900	$15,200	CCFC55	2	$94,900	$3,800	CCF41	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
39	CC	1003655556	MORALES JAIDER	X																	230201	8	$379,600	$60,800	ESSC07	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
40	CC	15620027	MORELO ISRAEL																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
41	CC	1072529607	MORENO GABRIEL																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC24	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
42	CC	92229029	MURILLO PEDRO																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
43	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
44	CC	11000373	PALMERA ROMULO																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC07	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
45	CC	78078970	PEREZ JORGE	X																	230301	7	$332,150	$53,200	ESSC07	7	$332,150	$13,300	CCF41	7	$332,150	$13,300	14-11	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
46	CC	18857561	RAMOS JAIRO	X																	231001	7	$332,150	$53,200	EPS041	7	$332,150	$13,300	CCF41	7	$332,150	$13,300	14-11	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
47	CC	1067400415	RAVELES DARWIN	X																	230301	7	$332,150	$53,200	ESSC07	7	$332,150	$13,300	CCF41	7	$332,150	$13,300	14-11	7	$332,150	$23,200	7	$0	$0	Si	$103,000
48	CC	1005708714	RINCO EDER																		230301	30	$1,423,500	$227,800	CCFC33	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
49	CC	4020724	RINCO MARCELINO	X																	25-14	9	$427,050	$68,400	CCFC55	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
50	CC	73119953	ROBLES CARLOS	X																	25-14	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
51	CC	1067855135	SALGADO IVAN																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
52	CC	1067280132	SALGADO LUIS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
53	CC	1131107866	SANTOS EDUARDO	X																	230301	9	$427,050	$68,400	CCFC33	9	$427,050	$17,100	CCF41	9	$427,050	$17,100	14-11	9	$427,050	$29,800	9	$0	$0	Si	$132,400
54	CC	78700868	SARMIENTO CARLOS																		231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS048	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
55	CC	1003395473	SIBAJA LUISA																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
56	CC	1003064240	SIERRA JOSE	X																	230301	8	$379,600	$60,800	EPS037	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
57	CC	15029586	TOBAR MANUEL																		230301	30	$1,423,500	$227,800	CCFC33	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
58	CC	1131108401	URANGO OSWALDO																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	CCFC33	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
59	CC	73575276	VALLEJO ALEXANDER	X																	231001	8	$379,600	$60,800	CCFC33	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
60	CC	1067169554	VEGA DUBAN	X																	25-14	8	$379,600	$60,800	EPS041	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
61	CC	1065373882	VERGARA MIGUEL	X																	25-14	8	$379,600	$60,800	EPS041	8	$379,600	$15,200	CCF41	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
62	CC	1131107171	YENERIS TANIA																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF41	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
Total		Afiliados(62)																					$56,196,550	$8,994,100			$57,620,050	$2,307,100			$57,620,050	$2,307,100			$57,620,050	$4,013,500		$0	$0		$17,621,800

735 / 947

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
2025-04	2025-05	1458519803	9485682612	E	2025/05/12	2025/05/05	BANCOLOMBIA	0	$17,621,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				61	$8,994,100	$0	$0	$8,994,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	8	$1,493,000	$0	$0	$1,493,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	12	$1,754,400	$0	$0	$1,754,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	36	$4,994,900	$0	$0	$4,994,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$751,800	$0	$0	$751,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				62	$4,013,500	$0	$0	$4,013,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	62	$4,013,500	$0	$0	$4,013,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				62	$2,307,100	$0	$0	$2,307,100
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	62	$2,307,100	$0	$0	$2,307,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				62	$2,307,100	$0	$0	$2,307,100
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	4	$134,900	$0	$0	$134,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$57,000	$0	$0	$57,000
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	8	$334,400	$0	$0	$334,400
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	2	$114,000	$0	$0	$114,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$60,800	$0	$0	$60,800
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	9	$209,000	$0	$0	$209,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	9	$247,000	$0	$0	$247,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	11	$362,900	$0	$0	$362,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	13	$616,100	$0	$0	$616,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$171,000	$0	$0	$171,000
TOTAL				**62**	**$17,621,800**	**$0**	**$0**	**$17,621,800**

736 / 947

Anexo 4. Plan de trabajo P vs E

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

SISTEMA GESTION INTEGRAL

CRONOGRAMA DE CAPACITACION SST

VERSION 1

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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL INDUCCION- REINDUCCION - CAPACITACIONES

ACTIVIDADES	P/E	FECHA: Periodicidad en que se debe realizar la actividad	Responsable de realizar la actividad	A quien o a que va dirigida la actividad	Semanas (jun-24 … mar-26, S1–S4)	EJECUTADO	PROGRAMADO	NCUMPLIMIENTO
induccion en SST y MA	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal	jul-24 S3 – mar-26 S4	38	82	46%
	E				E: jul-24 S3 – may-25 S4			
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	jul-24 S3 – mar-26 S4	38	82	46%
	E				E: jul-24 S3 – may-25 S4			
Perfil sociodemografico a todo el personal de obra	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal	jul-24 S3 – mar-26 S4	38	82	46%
	E				E: jul-24 S3 – may-25 S4			
Adecuado uso y cuidado de los Elementos de Protección Personal	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal	jul-24 S3	1	1	100%
	E				E: jul-24 S3			
Cultura de Autocuidado	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	jul-24 S4	1	1	100%
	E				E: jul-24 S4			
Que hacer en caso de un Accidente-lineas de emergencias	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	ago-24 S3	1	1	100%
	E				E: ago-24 S3			
Socialización del manual de convivencia laboral	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	ago-24 S4	1	1	100%
	E				E: ago-24 S4			
Estilos de vida y trabajo saludable sustancas psicoactivas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	oct-24 S3	1	1	100%
	E				E: oct-24 S3			
Higiene postural y manejo de cargas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	oct-24 S4	1	1	100%
	E				E: oct-24 S4			
Qué es el acoso laboral y medida preventivas	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	oct-24 S3	1	1	100%
	E				E: oct-24 S3			
Riesgos asociados al consumo de alcohol, droga y sustancias psicoactivas.	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	oct-24 S4	1	1	100%
	E				E: oct-24 S4			
Agotamiento por calor - golpe de calor	G	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	nov-24 S3	1	1	100%
	E				E: nov-24 S3			
Procedimiento de Herramientas electricas, manuales y pequeños implementos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	nov-24 S4	1	1	100%
	E				E: nov-24 S4			
Proteccion partes del cuerpo: manos, oidos, ojos, pies etc	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	dic-24 S3	1	1	100%
	E				E: dic-24 S3			
Socialización del Plan de emergencias	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal	dic-24 S4	1	1	100%
	E				E: dic-24 S4			
Manejo de Extintores de incendios	P	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencia de manejo de incendio	ene-25 S3	1	1	100%
	E				E: ene-25 S3			
Primeros auxilios	P	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencias de primeros auxilios.	ene-25 S4	1	1	100%
	E				E: ene-25 S4			
Socialización del procedimiento trabajo seguro alturas	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.	feb-25 S3	1	1	100%
	E				E: feb-25 S3			
Capacitacionenqueesincidente ,accidenteyenfermedad laboral y la forma como se debe reportar.	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.	feb-25 S4	1	1	100%
	E				E: feb-25 S4			
Socializacion de fichas tecnicas de sustancias quimicas	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.	mar-25 S3	1	1	100%
	E				E: mar-25 S3			
Capacitacion del COPASST	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.	mar-25 S4	1	1	100%
	E				E: mar-25 S4			
Medidas de prevencion - mordedura de culebra	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.	abr-25 S3	1	1	100%
	E				E: abr-25 S3			
CapacitacionSeguridadvial,me didaspreventivasenlaconducci on, uso del cinturon de seguridad .	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.	abr-25 S4	1	1	100%
	E				E: abr-25 S4			

Riesgo en excavaciones y sus controles	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.	E	1	1	100%
Capacitacion Uso e importancia de los EPP y la dotaccion	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal	E	1	1	100%
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	136	283	48%
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	1	1	1									
		Elaborar presupuesto y designar los recursos para el diseño y mantenimeinto del SG-SST.	P*	P*											Representante legal	Financieros	
			E*	1													
		Acondicionamiento de señalización, equipos de emergencias, almacen, disponibilidad elementos de bioseguridad,acondicionamiento y reposición elementos de bioseguridad, punto ecologico, publicacion poliitcas, reglamentos (interno de trabajo y higiene y seguridad industrial),	P*	P*					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		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	1	1	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*			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	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*			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													

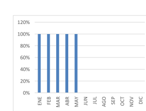
	Diseñar e Implementar el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo conforme a los requisitos de la resolución 0312 de 2019 con el fin de prevenir la ocurrencia de ac	Establecer los aspectos de SST que podrá tener en cuenta la empresa en la evaluación y selección de proveedores y contratistas.	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*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1	1	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*			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*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1	1	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*			E*												
		Realización del inventario y/o actualizacióndе los equipos, herramientas maquinas , señalizacion asignadas al proyecto	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1	1	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*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*	1	1	E*	1	1										
		Realizar medición de indicadores Accidentalidad Morbilidad Severidad Ausentismo	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*	1	1	E*	1	1										
		Establecer controles de los peligros identificados.	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*	1	1	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*					1										
		Continuar con la Entrega de Elementos de Protección personal y revisión del uso de los mismos	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	Vigía ocupacional	Humanos (disponibilidad de personal)	
			E*	1	1	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*			E*												
VERIFICAR		Revisar como mínimo una (1) vez al año, por parte de la alta dirección.	P*												P*	Representante legal	Financieros	
			E*															
		Medir indicadoresdefinidos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	P*												P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*															
ACTUAR		Realizar seguimiento a las acciones correctivas y preventivas	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	Adminsitradora /profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*	1	1	E*	1	1										
		TOTAL PROGRAMADO		24	17	11	11	12	12	14	8	15	15	10	10			
		TOTAL EJECUTADO		24	17	11	11	12	11	11	12	12	12	12	11			

MEDICIÒN Y SEGUIMIENTO

PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO		VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
FORMULA	Actividades ejecutadas *100 / Actividades programadas	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	24	17	11	11	12								75
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	24	17	11	11	12	11	11	12	12	12	12	11	156
		RESULTADO	100%	100%	100%	100%	100%								100%
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

GRAFICA



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, Inducción

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Deimir Tapia Florelo.			
Nº de Identificación	1072523123.			
Cargo	Oficial.		Fecha	28/05/25.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

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

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Deimir Tapia.

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Felix Monterroza Mendoza.			
Nº de Identificación	8718355			
Cargo	Oficial	Fecha	19/05/25.	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

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

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) _____

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Juan David Mercado Morelo.			
Nº de Identificación	1131105247.			
Cargo	Ayudante		Fecha	20/05/25.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador [X]		Reinducción [ ]	Otro:
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor [ ]	Indefinido [ ]	Prestación de Servicios [ ]	Otro:

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

Stephanny Garay
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) x

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Ferney Gomez Santos.			
Nº de Identificación	1072522099.			
Cargo	Ayudante	Fecha	19/05/25.	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

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

Stephanny G.
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny G.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Ferney Gomez

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Carlos Arturo Zuñiga Lopez			
Nº de Identificación	1562 4948			
Cargo	Oficial.	Fecha	19/05/25.	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

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

Stephanny Garcy
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garcy
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X. Carlos

OBSERVACION:

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

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Aristide Chiquillo Morelo			
Nº de Identificación	10125264 51			
Cargo	Ayudante.		Fecha	14/05/25.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro:
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro:

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

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Aristide Chiquillo

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Daniel Marquez Diaz			
Nº de Identificación	1562280			
Cargo	Oficial	Fecha	14/05/25	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑	Reinducción ☐	Otro:	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro:

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

Stephanny Garay
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Daniel Marquez D

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Ferney Hernandez Escobar.			
Nº de Identificación	1003368560			
Cargo	Ayudante		Fecha	19/05/25.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro:
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro:

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

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Ferney Hernandez E

OBSERVACION:

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

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Agemiro Cariel Ramos.			
Nº de Identificación	15702652.			
Cargo	Oficial		Fecha	21/05/25.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

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

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Agemiro Cariel R

OBSERVACION:

Anexo 6, Notificación de riesgo

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

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA DE NOTIFICACION	22/03/25.	NUMERO DE TRABAJADORES NOTIFICADOS :	9.
ACTIVIDAD:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL		

TAREA PRINCIPAL SEGÚN CARGO:

CARGO	TAREAS	CARGO	TAREAS
Ayudante	Oficios Varios.		
Oficial.	Pegada, levanta muro.		

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

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

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

NOMBRE DEL TRABAJADOR	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
Deimir Tapia Mordo	1072523123	Ayudante/Oficial	
Felix Monterrosa M	8718355	Oficial.	
Juan David Mercado	1131105247	Ayudante.	
Ferney Gomez Santos	1072522099	Ayudante	
Carlos Arturo Zurita	15618498	Oficial	
Aristides Conequillo	1072526451	Ayudante	Aristides Conequillo
Daniel Marquez Diaz	15621280.	Oficial.	
Ferney Hernandez Escobar	1003368560	Ayudante.	Ferney Hernandez E
Argemiro Cabel Ramos	15702652	Oficial	

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOCIALIZA

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
CORDINADOR SST	Luis Salgado	Luis Salgado.
AUXILIAR SST	Stephanny Garay	Stephanny Garay

Anexo 7, Capacitaciones SST

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	14/05/25.	DURACIÓN:	10min.
NOMBRE DE QUIEN RESPECIDE:	Stephanny Garay		

DIVULGACIÓN DE:	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
INDUCCIÓN	
x CAPACITACIÓN	Medida de prevención Mordedura de culebra
ENTRENAMIENTO	
REUNIÓN	
OTRO:	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Felix monterroza	oficial		
2	Hugo garay	ayudante		Hugo garay
3	Alexander Vallejo	Oficial		Vallejo.
4				
5	Pedro Murillo Olivos	PIZA		
6				
7	IVON Salgado cruz	operador.		
8				
9	Jesus David Gaviria Padilla	ayudante		Jesus Gaviria
10	Aristides Cerro Marques	ayudantes		Aristides
11	Dubon vega perez	ayudantes		dubon
12	Jaider Erades Villalba	ayudante		Jaider
13		I Ibiosanit		
14				
15		oficio		
16				
17		ayudante		
18		ayudante		
19		Maestro		
20		Obrero		
21		obrero		
22		Oficial		
23				
24		oficial		
25				
26		obrero		
27		obrero		
28		oficial		
29		obrero		
30		Ayudante 01.		
31		Obrero		
32		obrero		
33		oficial		

Stephanny Garay.
RESPONSABLE

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	14/05/25	DURACIÓN:	10min.
NOMBRE DE QUIEN DICTA:	Stephanny Garay		

DIVULGACIÓN DE :	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACION O ENTRENAMIENTO
INDUCCIÓN CAPACITACIÓN ENTRENAMIENTO REUNIÓN	Medida de prevención Mordedura de culebra

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	ARGMIRO ADUE			
2	CARLOS ANDRES MESTA	GAUXO		CARLOS ANDRES
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
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:	20/05/25.	DURACIÓN:	10min

NOMBRE DE QUIEN DICTA: Stephanny Garay

DIVULGACION DE:
- INDUCCION
- X CAPACITACION
- ENTRENAMIENTO
- REUNION
- OTRA: ___

TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACION O ENTRENAMIENTO: Seguridad vial, medidas preventivas, uso de cinturon de seguridad.

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Adrian Jose Diaz Zarza	obrero		Adrian
2	Alvaro Ramos Rodriguez	obrero		
3	Luis Mendoza Montes	Ayudante A.	CMO Hospital	
4	Jose Ramon Dulce	obrero	CMO Hospital	
5	Duvan vega Perez	Ayudante	CMO Hospital	Duvan
6	Alisbeth conco marque	Ayudantes	CMO Hospital	
7	Leyder Moraes villalba	ayudante oficial	CMO Hospital	Leyder
8	Alexander Vallejo.			Vallejo.
9	Jesus David Gaviria Padilla	Ayudante	CMO Hospital	Jesus Gaviria
10	Yael Herrera.	Hidrosanit.	CMO	
11	Ivan Salgado Cruz	operador	CMO	Duvan
12	Argenis Cruz	Oficial	CMO	
13	Leidy Liana Hernandez	Fabricante	CMO	
14	Pedro Murillo Pinto	obrero	CMO Hospital	
15	Fe la montarroza	oficial	CMO Hospital	
16	Jorge Luis Perez	ayudante		
17	Carlos Barrientos	Maestro	CMO HC.	
18	JEAN. C. COA. R	obrero		
19	Juan David Alvarado	obrero		
20	Marco Bellido	Oficial	O	
21	Maria Belen M	obrero		
22	Deimar Tapia M.	Oficial	CMO	
23	JUAN DORIA TIRADO	OBRERO		
24	FRANCISCO MENDOZA	OBRERO		
25	Hugo Sanny	AYUDANTE		Hugo Garay
26	Marcelino Rueda	oficial		
27	Marco alfredo avila	obrero		Marco
28	Argenis Cruz	Oficial		
29	Edwin Cardona Suarez	Ayudante		Edwin
30				
31				
32				
33				

Stephanny Garay
RESPONSABLE

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS DE CAPACITACIÓN

ARL | sura

ORDEN DE COMPRA:

FECHA DEL EVENTO: 20 05 25 (DD MM AAAA) DURACIÓN: HORA: 1:30 pm (Inicio) Fin:

LUGAR: Consorcio CMO Hospital Coveñas

PRODUCTO:

TAREA Y/O NOMBRE DEL EVENTO: Uso de EPP/ Cuidado de Manos

CÓDIGO DEL GRUPO (APLICA PARA EVENTOS MASIVOS):

CLASIFICACIÓN: Capacitación

FACILITADOR: Alba Lucia Mendoza

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	Marco Arroyo Avila	1193556247	Obrero	Marco		
2	Christian Rodriguez	1003708548	Obrero			
3	Pedro Murillo	92.229.029	obrero			
4	Carlos A Zuleta	15618498	Oficial			
5	Wilmelina Ruiz	1122024	oficial			
6	Usaa Carlos	15620168	Obrero			
7	Fanid Leonardo Mola	1067[illegible]531	obrero			
8	Manuel Tatar C.	15029586	Oficial			
9	Angel David Rovero Ledo	1102312491	Obrero			
10	Jose Manuel Jacobo B	1007245251	obrero			
11	Jhonadan Fonseca	92128583	oficial			
12	Jeiner Hernandez	1003568560	obrero			
13	Adrian Jose del Cara	1001295398	obrero			
14	Angel Daniel Simanca	1013211064	obrero			
15	Jose Sierra Avila	1003064240	obrero			
16	Fonseca Herrera	11.000373	Maestro			
17	Guillermo Fernandez	1067400396	obrero			
18	Fabian Morales	1003655554	estudiante			
19	Jorge Luis Perez	7807897[illegible]	estudiante			
20	Dubian Antonio Vega	1067767554	Estudiante			

NOMBRE DEL ASESOR: ALBA LUCIA MENDOZA SALCEDO

CEDULA DEL ASESOR: 33055490

FIRMA: ALBA LUCIA MENDOZA SALCEDO

Autorizo a Suramericana S.A. 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: ____ / ____ / ____ (DD / MM / AAAA)

DURACIÓN: _____

HORA: Inicio _____ Fin _____

LUGAR: _____

PRODUCTO: _____

TAREA Y/O NOMBRE DEL EVENTO: _____

CLASIFICACIÓN: _____

FACILITADOR: _____

CODIGO DEL GRUPO (APLICA PARA EVENTOS MASIVOS): _____

FORMA DE ENTREGA DEL SERVICIO
DOMICILIO
VIRTUAL
MASIVO

N°	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA	NOMBRE DE LA EMPREA	AUTORIZA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
1	Alfredo cosa mayes	7562052	Auxiliar			
2	Jhon Anel Mercado	1193115217	ayudante			
3	Julio Ramos	1885755	Obrero			
4	[illegible]	72.7[illegible]	Fenilo			
5	Ivan Salgado L	1067897[illegible]	Operador			
6	Alexander Vallejo	73.575.276	oficial	Vallejo		
7	[illegible]	8719351	oficial			
8	Luis Pinedo M.	1007[illegible]736	Ayudante Admi			
9	Edwin De Sanz	1005[illegible]M	Auxiliar Admon			
10	Carlos Sarmiento	78-[illegible]869	Maestro			
11	Hugo Zarate	1005[illegible]724	ayudante	Hugo Zarate		
12	Eduardo Arrieta	1131105563	obrero			
13	Enrique SANTOS	1131[illegible]	obrero			
14	Jhonny Osuna	1067[illegible]	ayudante			
15	Pedro Jaramillo	73732647	maestro			
16	Osmaldo Lengo	1131[illegible]	oficial			
17	Gabriel Moreno	1072[illegible]	obrero			
18	Jose mendoza	10[illegible]	Ayudante	Jose		
19	Francisco mendoza	0[illegible]	Oficial			
20	Miguel Vergara	1067[illegible]	ayudante			

NOMBRE DEL ASESOR: ALBA LUCIA MENDOZA SALCEDO

CEDULA DEL ASESOR: 33055490

FIRMA: ALBA LUCIA MENDOZA SALCEDO

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.

760 / 947

REGISTRO DE ASISTENCIA A EVENTOS DE CAPACITACIÓN

ARL | sura

ORDEN DE COMPRA:

FECHA DEL EVENTO: ____ | ____ | ____ (DD / MM / AAAA)

DURACIÓN: ____

HORA: Inicio ____ | Fin ____

LUGAR:

PRODUCTO:

TAREA Y/O NOMBRE DEL EVENTO:

CLASIFICACIÓN:

FACILITADOR:

CÓDIGO DEL GRUPO (APLICA PARA EVENTOS MASIVOS):

FORMA DE ENTREGA DEL SERVICIO
DOMICILIO
VIRTUAL
MASIVO

Nº	NOMBRE DEL ASISTENTE	CEDULA	CARGO	FIRMA	NOMBRE DE LA EMPREA	AUTORIZA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
1	[illegible]	[illegible]	Oficial	[illegible]		
2	Lucy Fernanda Soaya	1003395473	Ingeniera Civil	[illegible]		
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

NOMBRE DEL ASESOR: ALBA LUCIA MENDOZA SALCEDO

CEDULA DEL ASESOR: 33055490

FIRMA: ALBA LUCIA MENDOZA SALCEDO

Autorizo a Sura Arl en Colombia 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

Anexo 8, 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	20/05/2025

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
2	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDES	73432693	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
3	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
4	EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ	92496761	PENDIENTE			
5	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
6	ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	1116615548	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
7	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	12/10/2024			APTO SIN RESTRICCION
8	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	POR PROGRAMAR			
9	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
10	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
11	EDUARDO JOSE SANTOS JULIO	C1131107866	POR PROGRAMAR			
12	LUISA SIBAJA LUNA	1003395473	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
13	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
14	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	15620652	POR PROGRAMAR			
15	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	POR PROGRAMAR			
16	DINEY PAMELA OSPINO JÍMENEZ	1067920553	22/07/2024			APTO SIN RESTRICION
17	KAROLAY CARABALLO REYES	1069496540	1/08/2024			APTO SIN RESTRICION
18	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1131107171	6/07/2024			APTO SIN RESTRICION
19	STEPHANNY GARAY SALGADO	1131104122	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
20	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	1067280132	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
21	MARCO EMILIO ATENCIO AVILA	1193556241	POR PROGRAMAR			
22	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	**PENDIENTE**			
23						
24						

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

763 / 947

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	20/05/2025

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	ALEX CUESTA BENITEZ	C1065373424	POR PROGRAMAR			
2	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
3	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	03/092027			APTO SIN RESTRICCION
4	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	03/092028			APTO SIN RESTRICCION
5	FARID LEONARDO MARTINEZ CARMONA	1067403531	POR PROGRAMAR			
6	JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI	9074773	PENDIENTE			
7	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50909828	PENDIENTE			
8	LUIS ALFONSO MARTINEZ MENDOZA	1005708736	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
9	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1047393966	PENDIENTE			
10	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	PENDIENTE			
11	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	92517051	3/09/2024			APTO SIN RESTRICCION
12	DUBAN ANTONIO VEGA PEREZ	C1067169554	POR PROGRAMAR			
13	ISRAEL MANUEL MORELO MORELO	C15620027	POR PROGRAMAR			
14	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	C1131105563	PENDIENTE			
15	MANUEL DAVID BETIN MUÑOZ	C1131104577	POR PROGRAMAR			
16	TEODORO MANUEL GARCIA HERNANDEZ	C8168513	POR PROGRAMAR			
17	WILLIAM MARTINEZ OLASCOAGA	C78076416	POR PROGRAMAR			
18	FRANCISCO JAVIER MENDOZA ALEAN	C1065372811	POR PROGRAMAR			
19	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	C78704837	POR PROGRAMAR			
20	JOSE ORLANDO MORALES BELTRAN	C1063138873	POR PROGRAMAR			
21	JUAN CAMILO BUELVAS BRAVO	C1105391218	POR PROGRAMAR			
22	JUAN DAVID MERCADO MORELO	C1131105247	POR PROGRAMAR			
23	SEBASTIAN JOSE GONZALEZ AGUILAR	C1072531384	POR PROGRAMAR			

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

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

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA ACTUALIZACION	20/05/2025

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	C1005708729	POR PROGRAMAR			
2	JAIDER MORALES VILLAREAL VILLALBA	C1003655556	POR PROGRAMAR			
3	JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ	C18857561	POR PROGRAMAR			
4	JEAN CARLOS COA ROMERO	C15620168	POR PROGRAMAR			
5	JESUS DAVID GAVIRIA PADILLA	C1071432118	POR PROGRAMAR			
6	JORGE LUIS PEREZ GALVAN	C78078970	POR PROGRAMAR			
7	JOSE DE LOS SANTOS SIERRA AVILA	C1003064240	POR PROGRAMAR			
8	JOSE MANUEL MARTÍNEZ REYES	C1047488987	POR PROGRAMAR			
9	MANUEL ANTONIO FERNANDEZ ROSALES	C15617421	POR PROGRAMAR			
10	MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ	C1064309595	POR PROGRAMAR			
11	MARCELINO RINCO RUIZ	C4020724	POR PROGRAMAR			
12	MIGUEL DIONICIO VERGARA OROZCO	C1065373882	POR PROGRAMAR			
13	DARWIN RAFAEL RAVELES MORALES	C1067400415	POR PROGRAMAR			
14	CARLOS MANUEL ROBLES SANTOS	C73119953	POR PROGRAMAR			
15	ALEXANDER URANGO ALEXANDER	C73575276	POR PROGRAMAR			
16	DANIEL MARQUEZ DIAZ	C15621280	POR PROGRAMAR			
17	FELIZ ENRIQUE MONTERROZA MENDOZA	C8718355	POR PROGRAMAR			
18	FERNEY HERNANDEZ ESCOBAR	C1003368560	POR PROGRAMAR			
19	FERNEY GOMEZ SANTOS	C1072522099	POR PROGRAMAR			
20	FRANCISCO JAVIER MENDOZA DIAZ	C1005708066	POR PROGRAMAR			
21	JHOAN STIVEN MARTINEZ RUIZ	C1131105171	POR PROGRAMAR			
22	JONNATAN RAFAEL FONSECA JARABA	C92428583	POR PROGRAMAR			
23	JOSE MANUEL JARABA VERTEL	C1007245251	POR PROGRAMAR			

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

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

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA ACTUALIZACION	20/05/2025

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	ADONIS JOSE PADILLA ROSALES	C1102889221	POR PROGRAMAR			
2	ADRIAN JOSE DIAZ ZARZA	C1007245348	POR PROGRAMAR			
3	ANGEL DAVID ROMERO JARABA	C1102812459	POR PROGRAMAR			
4	ARGEMIRO GONZALEZ MORELO	C15621299	POR PROGRAMAR			
5	ARGEMIRO CAFIEL RAMOS	C15702652	POR PROGRAMAR			
6	ARISTIDES CHIQUILLO MORELO	C1072526451	POR PROGRAMAR			
7	BREINER JOSE OSUNA PERALTA	C1067400215	POR PROGRAMAR			
8	CARLOS ARTURO ZURITA LOPEZ	C15618498	POR PROGRAMAR			
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

469 / 647

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

Anexo 9, Encuesta y tabulación Perfil sociodemográfico

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO - CONTROL DE PERSONAL	PAG 1 DE 2
		COD SST F048
		VERSION 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA DE ACTUALIZADO	30/05/2025

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
PERIODO: MAYO	1	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	AYUDANTE	16/07/2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS	CALLE LOS TRAMPOSOS	COVEÑAS	3007316049	54	MASCULINO
	2	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	AYUDANTE	12/07/2024		SALUD TOTAL	SURA	COLPENSIONES	PUNTA SECA	COVEÑAS	3004044834	48	MASCULINO
	3	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA	92517051	RESIDENTE	30-08-2024		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3013903726	49	MASCULINO
	4	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	21-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	BELLAVISTA	COVEÑAS	3044777748	19	MASCULINO
	5	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	AYUDANTE	14-08-2024		EPS COOSALUD MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	PARCELAS	COVEÑAS	3009526471	27	MASCULINO
	6	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
	7	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE	29-08-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	3216508510	32	MASCULINO
	8	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	MAESTRO	21-08-2024		NINGUNA EPS	SURA	PORVENIR	MANZANA 122 LOT 5	MONTERIA	3013132810	47	MASCULINO
	9	ALVARO ANDRES MANJARREZ OVIDIO	1116615548	BODEGURO	21-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	CRA 26 #3-26	COVEÑAS	3146848668	28	MASCULINO
	10	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	17-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	NINGUNA AFP	REPARO	COVEÑAS	3117085152	39	MASCULINO
	11	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	25-08-2024		FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	GUAYABAL	COVEÑAS	3113795231	24	MASCULINO
	12	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	1005708736	AYUDANTE	22-08-2024		SALUD TOTAL	SURA	PORVENIR	REPARO	COVEÑAS	3242329369	26	MASCULINO
	13	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1131107171	ING AMBIENTAL	11-07-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	ALICANTE	COVEÑAS	3165679632	33	FEMENINO
	14	STEPHANNY GARAY SALGAOD	1131104122	AUXILIAR SST	22-06-2024		NUEVA EPS	SURA	PROTECCION	CALLE 5 1-5 GUAYABAL	COVEÑAS	3154896049	21	FEMENINO
	15	ARISTIDE CONEO MARQUEZ	15620652	AYUDANTE	24/10/2024		PENDIENTE	SURA	PENDIENTE	LAS PARCELAS	COVEÑAS	3114095431	45	MASCULINO
	16	CARLOS ALBERTO FALS ARROYO	1047393966	RESIDENTE ADMINISTRATIVO	22-06-2024		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
	17	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
	18	DINEY PAMELA OSPINO JIMENEZ	1067920553	DIRECTORA DE OBRA	22-06-2024		SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	COLFONDOS	MONTERIA	MONTERIA	3007481091	33	FEMENINO
	19	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
	20	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	OPERADOR MINI	01-08-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3104897083	36	MASCULINO
	21	JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA	50909828	DIRECTORA DE OBRA	15-06-2024		SURA EPS	SURA	COLFONDOS	MONTERIA	MONTERIA	PENDIENTE	PENDIENTE	FEMENINO
	22	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
	23	KAROLAY CARABALLO REYES	1069496540	TRABAJADOR SOCIAL	25-06-2024		FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD	SURA	PORVENIR	MONTERIA	MONTERIA	3142602320	30	FEMENINO
	24	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
	25	ALEX CUESTA BENITEZ	1065373424	AYUDANTE	PENDIENTE		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3009466977	19	MASCULINO
	26	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ	C73432693	OFICIAL DE OBRA	25-09-2024		NINGUNA EPS	SURA	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	3235077506	42	MASCULINO
	27	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	25-09-2024		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3042298153	24	MASCULINO
	28	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	25-09-2024		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	MANZANA 198 LOTE 14	MONTERIA	3216168551	44	MASCULINO
	29	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	AYUDANTE	06-10-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	3012892919	32	MASCULINO
	30	FARID LEONARDO MARTINEZ CARMONA	1067403531	AYUDANTE	09-11-2024		NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
	31	ALEXANDER URANGO ALEXANDER	C73575276	OFICIAL	23-04-2025		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLFONDOS	PUNTA SECA	COVEÑAS	3014275143	25	MASCULINO
	32	TEODORO GARCÍA HERNANDEZ	8168513	AYUDANTE	11-01-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLFONDOS	REPARO	COVEÑAS	NO TIENE	47	MASCULINO
	33	CARLOS MANUEL ROBLES SANTOS	C73119953	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	COLPENSIONES	PUENTE EL SOL	COVEÑAS	3218195563	23	MASCULINO
	34	ISRAEL MANUEL MORELO MORELO	C15620027	AYUDANTE	20-03-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	COVEÑAS	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
	35	WILLIAM MARTINEZ OLASCOAGA	C78076416	AYUDANTE	18-03-2025		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	COLFONDOS	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
	36	MANUEL DAVID BETIN MUÑOZ	C1131104577	AYUDANTE DE OBRA	01-02-2025		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	TORRENTE INDIGENA	COVEÑAS	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
	37	DUBAN ANTONIO VEGA PEREZ	C1067169554	AYUDANTE DE OBRA	23-04-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
	38	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	C1131105563	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO

PERIODO:MAYO

39	EDUARDO JOSE SANTOS JULIO	C1131107866	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
40	FRANCISCO JAVIER MENDOZA ALEAN	C1065372811	OFICIAL DE OBRA	23-04-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
41	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	C78704837	PLOMERO	22-04-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
42	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	C1005708729	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
43	JAIDER MORALES VILLAREAL VILLALBA	C1003655556	AYUDANTE DE OBRA	23-04-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PROTECCION	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
44	JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ	C18857561	OFICIAL DE OBRA	24-04-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLFONDOS	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
45	JEAN CARLOS COA ROMERO	C15620168	AYUDANTE DE OBRA	24-04-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
46	JESÚS DAVID GAVIRIA PADILLA	C1071432118	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
47	JORGE LUIS PEREZ GALVAN	C78078970	AYUDANTE DE OBRA	24-04-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
48	JOSE DE LOS SANTOS SIERRA AVILA	C1003064240	AYUDANTE DE OBRA	23-04-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
49	JOSE MANUEL MARTÍNEZ REYES	C1047488987	AYUDANTE DE OBRA	22-04-2025		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
50	MANUEL ANTONIO FERNANDEZ ROSALES	C15617421	AYUDANTE DE OBRA	23-04-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
51	MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ	C1064309595	OFICIAL DE PLOMERIA	22-04-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
52	MARCELINO RINCO RUIZ	C4020724	OFICIAL DE OBRA	22-04-2025		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
53	MIGUEL DIONICIO VERGARA OROZCO	C1065373882	AYUDANTE DE PLOMERIA	23-04-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
54	DANIEL MARQUEZ DIAZ	C15621280	AYUDANTE DE OBRA	15-05-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
55	FELIZ ENRIQUE MONTERROZA MENDOZA	C8718355	AYUDANTE DE OBRA	18-05-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
56	FERNEY HERNANDEZ ESCOBAR	C1003368560	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
57	FERNEY GOMEZ SANTOS	C1072522099	AYUDANTE DE OBRA	18-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
58	FRANCISCO JAVIER MENDOZA DIAZ	C1005708066	AYUDANTE DE OBRA	18-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLFONDOS	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
59	JHOAN STIVEN MARTINEZ RUIZ	C1131105171	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
60	JONNATAN RAFAEL FONSECA JARABA	C92428883	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLFONDOS	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
61	JOSE MANUEL JARABA VERTEL	C1007245251	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
62	JOSE ORLANDO MORALES BELTRAN	C1063138873	AYUDANTE DE OBRA	20-05-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PROTECCION	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
63	JUAN CAMILO BUELVAS BRAVO	C1105391218	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
64	JUAN DAVID MERCADO MORELLO	C1131105247	AYUDANTE DE OBRA	21-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
65	ADONIS JOSE PADILLA ROSALES	C1102889221	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
66	ADRIAN JOSE DIAZ ZARZA	C1007345348	AYUDANTE DE OBRA	03-05-2025		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
67	ANGEL DAVID ROMERO JARABA	C1102812459	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLPENSIONES	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
68	ARGEMIRO GONZALEZ MORELO	C15621299	AYUDANTE DE OBRA	10-05-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
69	ARGEMIRO CAHUEL RAMOS	C15702652	OFICIAL DE OBRA	21-05-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
70	ARISTIDES CHIQUILLO MORELO	C1073526451	AYUDANTE DE OBRA	15-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
71	BREINER JOSE OSUNA PERALTA	C1067400215	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
72	CARLOS ARTURO ZURITA LOPEZ	C15618498	AYUDANTE DE OBRA	17-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO

73	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	C78704837	PLOMERO	22-04-2025		ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
74	OMAR ENRIQUE MADERA HERNANDEZ	C1003655623	AYUDANTE DE OBRA	15-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	COLFONDOS	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
75	SEBASTIAN JOSE GONZALEZ AGUILAR	C1072531384	AYUDANTE DE OBRA	10-05-2025		NUEVA EPS S.A.	SURA	PROTECCION	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
76	DARWIN RAFAEL RAVELES MORALES	C1067400415	AYUDANTE DE OBRA	24-04-2025		CAJACOPI ATLANTICO - CCF	SURA	PORVENIR	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	MASCULINO
77													
78													
79													
80													
81													

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO - CONTROL DE PERSONAL	PAG 2 DE 2
		COD SST F048
		VERSION 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA DE ACTUALIZADO	30-may-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 CONTRATACIÓN	LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS (SI/NO)	PRACTICA ALGUN DEPORTE (SI/NO)	FUMA (SI/NO)
PERIODO: MAYO	1	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	30 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	2	BACHILLERATO	4	LABORES DOMESTICA	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	3	UNIVERSITARIO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	2 MESES	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	NO	NO	NO
	4	TECNICO	NO	ESTUDIO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	5	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	9 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	6	UNIVERSITARIO	0	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	9 MESES	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	7	BACHILLERATO	4	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	8	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	12 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	9	TECNICO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	SI	NO	SI	NO
	10	BACHILLERATO	4	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	11	BACHILLERATO	0	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	11 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	12	BACHILLERATO	3	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	13	UNIVERSITARIO	1	LABORES DOMESTICA	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	6 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	SI	NO
	14	TECNOLOGO	1	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	15	PRIMARIA	4	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	15 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	NO	NO	NO
	16	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	17	BACHILLERATO	5	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	18	UNIVERSITARIO	3	RECREACIÓN Y DEPORTE	ENTRE 1 Y 3 SML	MENOS DE 1 AÑO	10 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	SI	NO
	19	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
PERIODO: MAYO	20	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	12 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVIC	NO	SI	NO	NO
	21	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	22	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	23	UNIVERSITARIO	1	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	PRESTACIÓN DE SERVICIO	NO	SI	NO	NO
	24	UNIVERSITARIO	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	25	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	3 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVIC	NO	SI	SI	NO
	26	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	2 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVIC	NO	SI	SI	NO
	27	PRIMARIA	0	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVIC	NO	NO	SI	NO
	28	BACHILLERATO	2	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	MAS DE 15 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVIC	NO	NO	NO	NO
	29	BACHILLERATO	4	OTRO TRABAJO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	5 AÑOS	RESTACIÓN DE SERVIC	NO	NO	SI	NO
	30	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	31	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	32	BACHILLERATO	3	NINGUNO	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	4 AÑOS	ESTACIÓN DE SERVI	NO	NO	SI	NO
	33	BACHILLERATO	2	RECREACIÓN Y DEPORTE	SALARIO MINIMO	MENOS DE 1 AÑO	1 AÑO	ESTACIÓN DE SERVI	NO	SI	SI	NO
	34	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

PERIODO: MAYO

35	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
36	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
37	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
38	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
39	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
40	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
41	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
42	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
43	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
44	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
45	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
46	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
47	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
48	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
49	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
50	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
51	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
52	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
53	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
54	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
55	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
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	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
59	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
60	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
61	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
62	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
63	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
64	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE

	65	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	66	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	67	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	68	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	69	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	70	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	71	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	72	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	73	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	74	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	75	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	76	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE	PENDIENTE
	77											
	78											
	79											
	80											
	81											
	82											
	83											
	84											

CONSORCIO CMD HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

Este formulario hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

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

Nombre: Dairo Tapia Morelo.

Cargo: Oficial.

Dirección o corregimiento:

MUNICIPIO: San Antero.

DIRECCIÓN: Nueva Esperanza

FECHA: 26/05/25.

Marque con un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 25 años
c. 26 - 35 años
d. 36 - 45 años
e. 46 años o más

2. GENERO
a. Masculino
b. Femenino

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista - Maestría

4. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) unión libre
c. Separado (a) / divorciado
d. Viudo (a)

5. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguno
b. 1-3 personas
c. 4-6 personas
d. Más de 6 personas

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Descanso
b. Labores domésticas
c. Deporte o recreación
d. Estudio
e. Trabajo

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 y 2 S.M.L.
c. Entre 2 y 3 S.M.L.
d. Entre 3 y 4 S.M.L.
e. Más de 4 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Obra labor
b. Indefinido
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. Fijo
e. Aprendizaje/prácticas profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Otra (Recreación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No
Cual: _____

14. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario: _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. Si
Semanal: _____
Mensual: _____
Quincenal: _____
Ocasional: _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. Si
Diario: _____
Semanal: x.
Quincenal: _____
Mensual: _____
Ocasional: _____

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
b. Si

x. Dairo Tapia

Firma trabajador

Ley 1581 de 2012 de tratamiento de datos personales. En cumplimiento de esta ley, con la presente usted autoriza para la recolección, uso y tratamiento de sus datos personales a nombre de la información suministrada con la finalidad exclusiva de gestión y manejo de la relación laboral, contractual y comercial.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Este perfil hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es estrictamente confidencial.

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

Nombre: Felix Montenegro Mendoza.

Cargo: Oficial

Vereda o corregimiento:

MUNICIPIO: Coveñas

DIRECCION: Punta seca.

FECHA: 14/05/25.

Encierre en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 a 25 años
c. 26 a 35 años
d. 36 a 45 años
e. 46 años o más

2. GENERO
a. Masculino
b. Femenino

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico/ Tecnólogo
d. Universitario
e. Ninguno

4. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Deportivo
b. Actividad recreativa
c. Descanso en el hogar
d. Familiar
e. Ninguno

5. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACION
a. Obra labor
b. Aprendizaje
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. O.P.S.
e. Independiente/Servicios profesionales

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
b. NO
Cual: _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. SI
b. NO
Semanal: _____
Mensual: _____
Quincenal: _____
Ocasional: X

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. SI
b. NO

Encierre en un círculo

6. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) Unión libre
c. Separado (a) Divorciado
d. Viudo (a)

7. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguno
b. 1 a 2 personas
c. 3 a 5 personas
d. Más de 5 personas

8. PERTENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra familia

9. PROMEDIO DE INGRESOS (E.M.L.)
a. Menos de 1 S.M.L.V.
b. Entre 1 a 2 S.M.L.V.
c. Entre 2 a 3 S.M.L.V.
d. Entre 3 a 5 S.M.L.V.
e. Más de 5 S.M.L.V.

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Evaluaciones ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Pausas activas
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

14. FUMA
a. SI
b. NO
Promedio diario: _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. SI
b. NO
Diario: _____
Semanal: X
Quincenal: _____
Mensual: _____
Ocasional: _____

Firma del trabajador

Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" Constitucional que tiene como fin garantizar el derecho fundamental que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, así como los demás derechos, libertades y garantías

CONSORCIO CMD HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

CÓDIGO:

VERSIÓN:

Este formato debe ser diligenciado por todo el personal que labora en el proyecto de construcción del Hospital de Morrocoyello, antes de iniciar sus actividades en el proyecto. Recuerde que la información suministrada es de carácter confidencial y será utilizada para el diseño de programas de promoción y prevención en salud y seguridad en el trabajo.

PROYECTO	CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO PUESTA Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROCOYELLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Juan David Mercado
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	La Coquerita

FECHA 20/05/25

Responda según corresponda

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 25 años
c. 26 - 35 años
d. 36 - 45 años
e. 46 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero(a)
b. Casado(a) o unión libre
c. Separado(a)/Divorciado
d. Viudo(a)

3. GENERO
a. Masculino
b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 2 personas
c. 3 - 5 personas
d. Más de 5 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestría

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Deportes
b. Arte y artesanías
c. Recreación y turismo
d. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Menos de 1 S.M.L.
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Entre 7 a 9 S.M.L.
e. Más de 10 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 3 años
c. De 4 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 3 años
c. De 4 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACION
a. Obra labor
b. Indefinido
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. Aprendizaje
e. Prestación servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Rumba Terapéutica
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
b. NO
¿Cuál? _____

14. FUMA
a. SI
b. NO
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. SI
b. NO
Cerveza: X
Media: _____
Copa vino: _____
Destilados: _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. SI
b. NO
Cuál: X
Frecuencia: _____
Duración: _____
Horario: _____
Ocasión: _____

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. SI
b. NO

X

Firma Colaborador

Los datos aquí suministrados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales establecida por el Consorcio CMD Hospital Sucre y serán utilizados únicamente para fines estadísticos y de mejoramiento de las condiciones de salud y seguridad en el trabajo.

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

CODIGO:

VERSION: 1

Este formato hace parte de la estructura del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada

PROYECTO	CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO PUESTA Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Ferney Gomez Santos.
Cargo	Ayudante
Municipio donde labora	
MUNICIPIO	San Antero.
DIRECCION	la Popita.

FECHA 19/05/25.

Encierre en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o más

2. GENERO
a. Masculino
b. Femenino

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnológico
d. Universitario
e. Especialista / Maestría

4. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) / Unión libre
c. Separado (a) / Divorciado
d. Viudo (a)

5. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguno
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Solo / Amigos
b. Labores domésticas
c. Actividades y Deporte
d. Estudio
e. Ninguna

8. PERIMETRO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Menos Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 2 S.M.L.
c. Entre 2 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 10 S.M.L.
e. Más de 10 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACION
a. Obra labor
b. Aprendizaje
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. Libre
e. Aprendiz/Universitario/otros profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Otra (Cuál?)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
b. NO
Cual

14. FUMA
a. SI
b. No
Promedio x día

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. NO
b. SI
Semanal
Mensual
Quincenal
Ocasional X.

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. NO
b. SI
Diario
Semanal X.
Quincenal
Mensual
Ocasional

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. NO
b.

Ferney Gomez

Ley 1581 de 2012. En cumplimiento de dicha normatividad, los datos aquí consignados serán tratados de manera confidencial y solo serán utilizados para el fin para el cual fueron recolectados. Usted puede ejercer sus derechos de acceso, corrección, actualización y supresión de sus datos personales, en cualquier momento, a través del correo electrónico

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

CALIDAD

VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

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

Nombre: Carlos Sanita Lopez

Cargo: Oficial

Nombre del encuestador:

MUNICIPIO: San Antero.

DIRECCION: Calle abajo.

FECHA: 19/05/25.

Edad en años cumplidos

a. Menos de 18 años
b. Entre 18 y 25 años
c. 26 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o más

2. GENERO
a. Femenino
b. Masculino

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Magister

4. ESTADO CIVIL
a. Soltero
b. Casado (a) / Unión libre
c. Separado / Divorciado
d. Viudo (a)

5. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Descanso
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

6. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguno
b. 1 a 3 personas
c. 4 - 7 personas
d. Más de 8 personas

7. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Menos de 1 S.M.L.
b. Entre 1 a 2 S.M.L.
c. Entre 2 a 3 S.M.L.
d. Entre 3 y 5 S.M.L.
e. Más de 5 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACION
a. Obra labor
b. Indefinido
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. Aprendizaje
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Otro (Relación)
f. Especialistas en Salud Ocupacional
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No
Cual: _____

14. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario: _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. Si
Semanal: _____
Mensual: _____
Quincenal: _____
Quincenal: _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. Si
Diario: _____
Semanal: _____
Quincenal: _____
Mensual: _____
Ocasional: X

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
b. Si

Firma trabajador: x Carlos

Ley 1581 de 2012 Protección de datos personales. Al diligenciar este formato usted autoriza el tratamiento de sus datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y aviso de privacidad de la empresa, los cuales podrán ser consultados en nuestra página web. Usted tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar su información personal, así como revocar la autorización para el tratamiento de sus datos personales.

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

FORMATO

VERSION 1

El presente perfil hace parte de la información del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el tratamiento de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO PUC Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE CAIMÁN, SUCRE
Nombre	Angie de Chiquillo Morelo.
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	San Antero
DIRECCION	Villa Roma

FECHA 14 los/12.

Encierre en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 21 años
c. 22 - 40 años
d. 41 - 60 años
e. 61 años o más

2. GENERO
a. Masculino
b. Femenino

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Ninguno
b. Primaria
c. Bachillerato
d. Universitario
e. Especialista - Maestría

4. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Con hijos
b. Actividad domestica
c. Practicando algún deporte
d. Estudio
e. Ninguno

5. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 3 años
c. De 3 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

6. TIPO DE CONTRATACION
a. Obra labor
b. Aprendizaje
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. Otro
e. Honorarios/servicios profesionales

7. HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No
Cual: _____

8. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. Si
Semanal: _____
Mensual: _____
Ocasional: _____
Quincenal: _____

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. Si
b. No

10. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) unión libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

11. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguno
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

12. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Comparte con otra(s) familia(s)

13. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Menos de 1 S.M.L.
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 3 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

14. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 15 años
d. De 15 a 15 años
e. Más de 15 años

15. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Examenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Otro (Ninguna)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

16. FIRMA
a. Si
b. No
Nombre claro: _____

17. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. Si
Diario: _____
Semanal: X
Quincenal: _____
Mensual: _____
Ocasional: _____

Angie de Chiquillo Morelo

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

SNL-[illegible]

VERSION 1

Este diligenciamiento está sujeto a las disposiciones del Decreto de Habeas Data en lo referente al tratamiento y el consentimiento de la misma es [illegible] obligatorio.

PROYECTO: CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO PUO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

Nombre: Ferney Hernandez Escobar

Cargo: Ayudante

Vereda o corregimiento: Vereda

TELEFONO: Pupisima

DIRECCION: El Figueu

FECHA: 19 los 12s

Encierre en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o más

2. GENERO
a. Masculino
b. Femenino

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico - Tecnológico
d. Universitario
e. Analfabeta - Ninguno

4. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a) unión libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

5. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otras familias

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Ver televisión
b. Deportes / recreación
c. Lectura
d. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Menos de 1 S.M.L.
b. Entre 1 y 3 S.M.L.
c. Entre 3 y 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 7 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACION
a. Obra labor
b. Indefinido
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. Aprendizaje
e. Honorarios por Notas profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Otro (Especifique)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No
Cual? _____

14. FUMA
a. Si
b. No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. Si
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. Si
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
b. Si

X Ferney Hernandez

Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales. En esta ley [illegible] establece el derecho [illegible] información [illegible]

CONSORCIO OMO HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

FECHA:

VERSION:

Este formulario hace parte de la estrategia de Sistema de Gestión de seguridad y salud en el Trabajo y el contenido de la misma es CONFIDENCIAL y SENSIBLE

PROYECTO	CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO FISICO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Daniel Marquez Diaz.
Cargo	Oficial
Vereda y corregimiento	
MUNICIPIO	San Antero
DIRECCION	9 de Julio

FECHA 14/05/25.

Encierre en un círculo

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)/unión libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GENERO
a. Masculino
b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguno
b. 1 - 2 personas
c. 3 personas
d. Más de 3 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico - Tecnológo
d. Universitario
e. Especialista - Maestría

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Guarnecida con otras familias

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Con mi pareja
b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Menos de 1 S.M.L.
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 3 y 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 7 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 3 años
c. De 3 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 3 años
c. De 3 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACION
a. Obra labor
b. Aprendiz
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. Fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Programas ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Otra ¿Cuál?
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
b. NO
¿Cual? _____

14. FUMA
a. SI
b. No
¿Cuánto cigarrillos al día? _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. SI
b. NO
Semana: _____
Mensual: _____
Cuál y cuánto: _____
Ocasional: _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. SI
b. NO
Diario: _____
Semanal: _____
Ocasional: _____
Mensual: _____
Ocasional: _____

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. Si
b. No

x. Daniel M. D
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012" establecen los requisitos mínimos para el tratamiento de datos personales, de manera que los responsables y encargados de la información realicen el tratamiento de datos personales de forma adecuada y conforme a la normatividad vigente.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta información será para la construcción del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información reservada.

PROYECTO	CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO PUO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Argemiro Cabel Ramos
Cargo	Oficial
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Manuel
DIRECCION	Alto Prado

Fecha 21/05/25.

Señale con una X

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o más
X

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)/unión libre
X
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GENERO
a. Masculino
X
b. Femenino

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguno
b. 1 - 3 personas
X
c. 4 personas
d. Más de 5 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
X
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista - Maestría

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
X
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Ver televisión
b. Escuchar música
X
c. Practicar un deporte
d. Paseos
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Ninguno (Sin S.M.L.)
X
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 6 y 7 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
X
b. De 1 a 2 años
c. De 3 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
X
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Obra labor
b. Aprendiz
X
c. Contrato de Prestación de Servicios
d. Pro
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Inducción
b. Salud ocul
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Otro (Relegación)
X
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
X
b. No
Cual _____

14. FUMA
a. Si
X
b. No
Promedio cant. _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
X
b. Si
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X.

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
X
b. Si
Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17. CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
X
b. Si

Argemiro Cabel R
Trabajador

Ley 1581 de 2012 Protección de Datos Personales. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Decreto 1377 de 2013 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012 Protección de Datos Personales. Ley 1266 de 2008 Habeas Data. Por la cual se dictan las disposiciones generales del habeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial y de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones.

Anexo 10, Morbilidad

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1 SST- FO30 Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES									
FECHA	26/05/25.				CEDULA		1072523123		
NOMBRE	Deimir Tapia Hoyo								
CARGO	Oficial								
SEXO	F		M	X.	ESTATURA	1.70.	# HIJOS	2.	
EDAD	38 años.				PESO	60	USA GAFAS	SI	NO X.
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					15 años.				
CIUDAD	San Antero.				DIRECCIÓN				
BARRIO	Nueva Esperanza.				COMUNA				

1. ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
5		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie Izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
x			

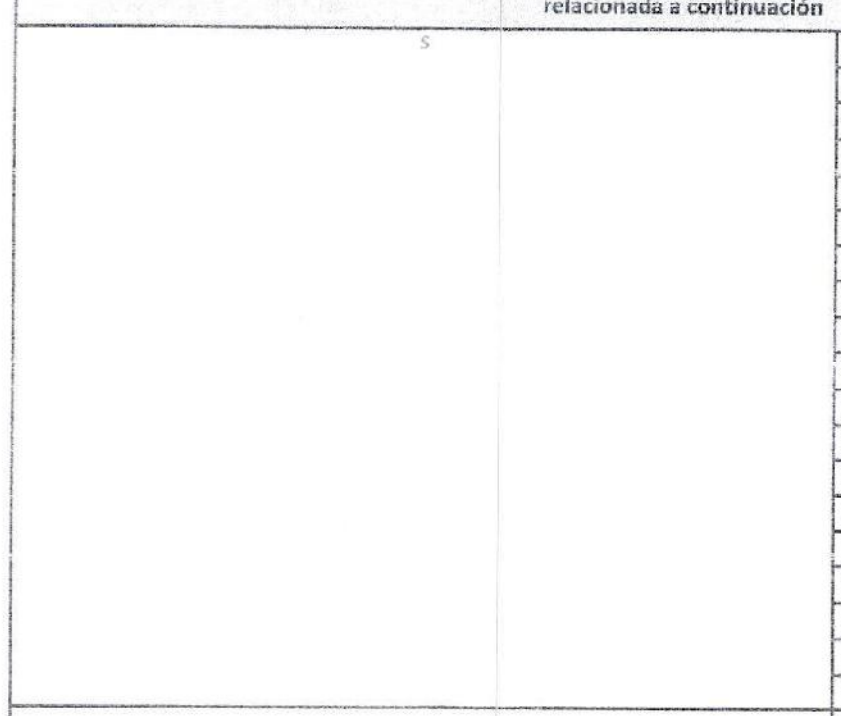
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1 SST- FO30 Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES									
FECHA	19/05/25.				CEDULA	8718355			
NOMBRE	Felix Monterrosa Mendoza.								
CARGO	Oficial.								
SEXO	F		M	X	ESTATURA	1.71.	# HIJOS	6.	
EDAD	61 años				PESO	93	USA GAFAS	SI	X NO
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL									
CIUDAD	Coveñas				DIRECCIÓN				
BARRIO	Punta Seca.				COMUNA				

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
	✓		S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?			Ocasional
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos	✓		
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
X			

FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1 SST- FO30 Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES

FECHA	20/05/25.				CEDULA	1131605247.			
NOMBRE	Jan David Mercado Marelo.								
CARGO	Ayudante								
SEXO	F		M	X.	ESTATURA	1.65.	# HIJOS	1.	
EDAD	20.				PESO	57.	USA GAFAS	SI	NO X.
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					1 mes.				
CIUDAD	Coveñas				DIRECCIÓN				
BARRIO	Coquenta.				COMUNA				

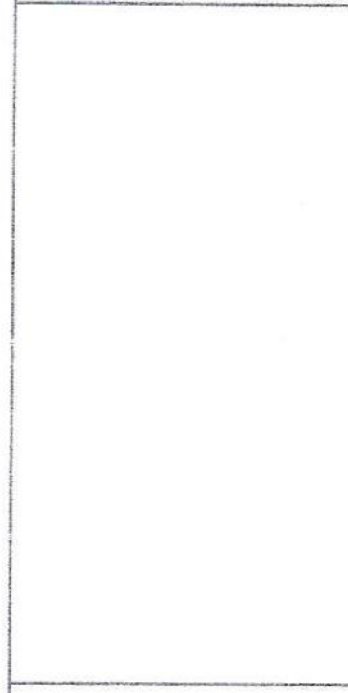
1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

CONSORCIO GMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1 SST- FO30 Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES								
FECHA	19/05/25.				CEDULA	1072522099.		
NOMBRE	Ferney Gomez Santos.							
CARGO	Ayudante.							
SEXO	F		M	X.	ESTATURA	1.74.	# HIJOS	1.
EDAD	23 años.				PESO	60.	USA GAFAS	SI	NO X.
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					5 años.			
CIUDAD	San Antero.				DIRECCIÓN			
BARRIO	La Popita.				COMUNA			

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias	✓		Tuvo un accidente por fuera de obra
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frio, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
x Jeimy Gomez			

FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1 SST- F030 Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES								
FECHA	19/05/25.				CEDULA	15618498		
NOMBRE	Carlos Zorrilla Lopez							
CARGO	Oficial							
SEXO	F		M	X	ESTATURA	1.66.	# HIJOS	3.
EDAD	53 años.				PESO		USA GAFAS	SI / NO
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					7 años.			
CIUDAD	San Antero.				DIRECCIÓN			
BARRIO	Calle abajo				COMUNA			

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza
	SI	**NO**	**EXPLIQUE**
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	
4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	**NO**	**EXPLIQUE**
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			

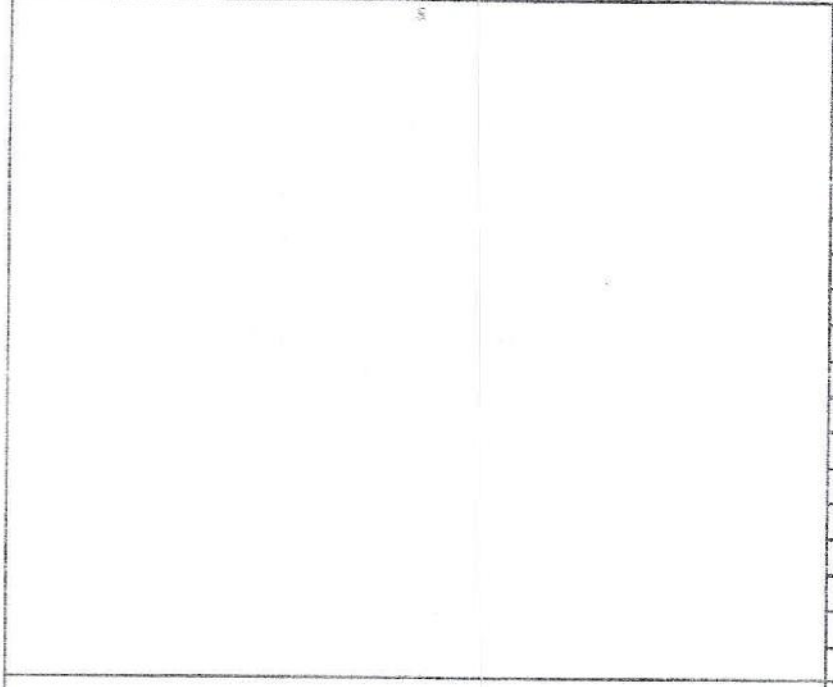
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1 SST- FO30 Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES									
FECHA	14 los 25.				CEDULA	1072526451.			
NOMBRE	Aristide Chiquillo Moreto.								
CARGO	Estudiante								
SEXO	F		M	X.	ESTATURA	1.57.	# HIJOS	0.	
EDAD	34 años.				PESO	60	USA GAFAS	SI	NO X.
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					10 años.				
CIUDAD	San Antero				DIRECCIÓN				
BARRIO	Villa Roma.				COMUNA				

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			

Amstilde Arguello Morelos

FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- FO30
		Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES							
FECHA	19/05/25.			CEDULA	1003368560		
NOMBRE	Ferney Hernandez Escoba.						
CARGO	Ayudante						
SEXO	F	M	X.	ESTATURA	1.70.	# HIJOS	3.
EDAD	33 años.			PESO 84.	USA GAFAS	SI	NO X.
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL				1 mes.			
CIUDAD	Purisima.			DIRECCIÓN			
BARRIO	El Tigre			COMUNA			

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
Yorney Hernandez E			

FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1 SST- FO30 Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES								
FECHA	14/05/25.				CEDULA	15621280.		
NOMBRE	Daniel Manuel Diaz.							
CARGO	Oficial							
SEXO	F		M	X	ESTATURA	1.61.	# HIJOS	2.
EDAD	44 años.				PESO 68	USA GAFAS	SI	NO
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					14 años.			
CIUDAD	San Antero.				DIRECCIÓN			
BARRIO	9 de julio.				COMUNA			

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro Izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla Izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frío?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			

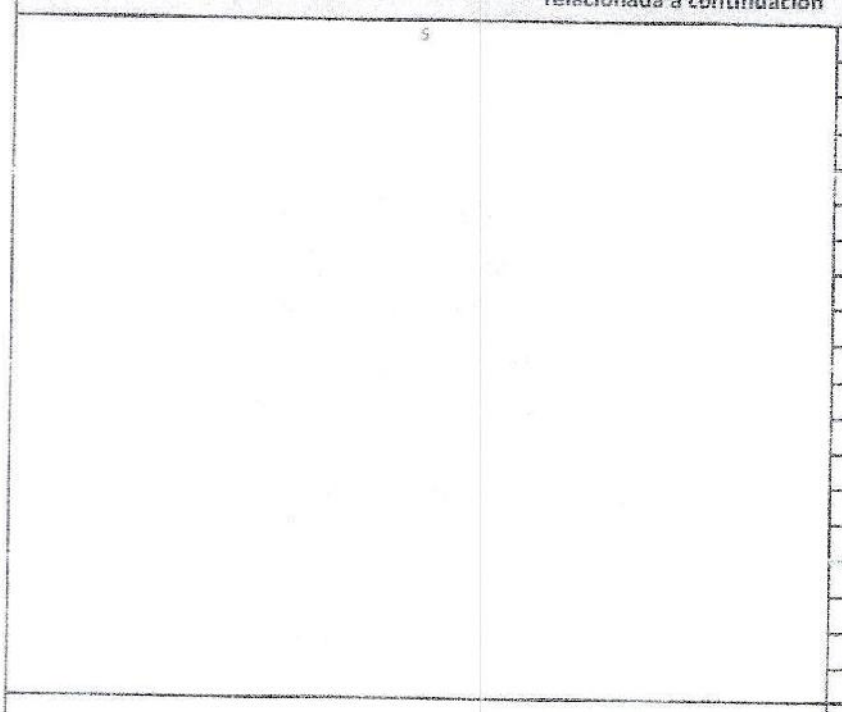
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1 SST- FO30 Página 1 de 1

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

DATOS GENERALES									
FECHA	21/05/25.				CEDULA	15702682.			
NOMBRE	Argemiro Cabrel Ramos								
CARGO	Oficial								
SEXO	F		M	X.	ESTATURA	1.80.	# HIJOS	3.	
EDAD	54. años.				PESO	92	USA GAFAS	SI	NO X.
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					20 años.				
CIUDAD	Momil				DIRECCIÓN				
BARRIO	Alto Prado.				COMUNA				

1. ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo Izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo Izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano Izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla Izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie Izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frio, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			

FIRMA TRABAJADOR