No de Radicacion
4005721096

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|7|1|0|2|0|2|0

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX XOS

56. ☐ Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109	Versión: 0.1
FORMATO CONTROL SINTOMATOLOGIA RETORNO DE ACTIVIDADES FRENTE AL COVID-19	Vigencia: 29/04/20

Fecha del reporte: | | | |

Nombre y apellidos: Pedro Javier Bautista B

Tipo de documento: CC **Numero:** 80118115

Fecha de nacimiento: 04 12 1980 **Edad:** 39 **Sexo** F | ~~M~~

Teléfono de contacto (1): 3213110416 **Teléfono de contacto (2):** 3224760241

Dirección domicilio: calle 71 Bis sur NO 17 este 82

Area: _____ **Cargo** _____

Antecedentes de riesgo y exposición

		SI	NO	Comentarios
1	¿Ha presentado fiebre, mayor o igual a 38°C?		✓	
2	¿Ha presentado tos con cuadro de infección respiratoria, dificultad para respirar, dolor de garganta?		✓	
3	¿Ha tenido o tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por Coronavirus (Covid-19)?		✓	
4	¿Estuvo hospitalizado y/o incapacitado por infección respiratoria recientemente?		✓	
5	¿Estuvo fuera de la ciudad previo a retornar a las actividades? ¿Donde?		✓	
6	¿Padece alguna enfermedad, ejemplo: ¿Asma, Diabetes, Hipertensión, Cáncer, Enfermedades del sistema inmune? ¿Cual?		✓	
7	¿Se identifica como persona de alto riesgo para retomar su trabajo? ¿Por qué?		✓	

Entiende y acepta que debe acudir al servicio médico y reportar a la empresa si presenta síntomas respiratorios luego de su ingreso a trabajar. Si

Observaciones:

DOY CONSTANCIA QUE HE SIDO INFORMADO DE LOS SINTOMAS, SIGNOS DE ALARMA, ASI COMO LAS MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA COMPAÑIA.

Por la presente, doy mi consentimiento para la recopilación y el procesamiento de mis datos personales como se describe en este documento.
Entendiendo que mi consentimiento es voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento de protección de datos en cualquier momento. En caso de retirar su consentimiento, Grecon Ingenieros SAS solo pude procesar sus datos personales cuando exista fundamento legal para el procesamiento

Pedro Bautista

Firma colaborador

Firma Vigía SG-SST Grecon Ingenieros SAS

183

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.069.485.479

BOLAÑO MARTINEZ

APELLIDOS

FABER ANTONIO

NOMBRES

Faber Bolaños

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1991

SAHAGUN
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

09-JUL-2009 SAHAGUN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1303700-00172108-M-1069485479-20090824 0015324076A 1 30395461

ARL | sura

Medellín, 07 de octubre de 2020

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 OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C106948547 9	BOLAÑO MARTINEZ FABER ANTONIO	08/10/2020		e2202062	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/10/2020 14:32:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.189, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BOLAÑO MARTINEZ FABER ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **1.069.485.479** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de octubre de 2020.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

186

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

"Codigo Unicamente para dependientes y afiliaciones al Regimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACION | B. REPORTE DE NOVEDADES: X
2. TIPO DE AFILIACION: A. Individual | a) Cotizante o cabeza de familia: X | b) Beneficiario o afiliado adicional | B. Colectiva | C. Institucional | D. De oficio
3. REGIMEN: C. Contributivo: X | S. Subsidiado
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante: X | CF Cabeza de Familia | BE Beneficiario
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente: X | B. Independiente | C. Pensionado
CODIGO | FECHA DE LA SOLICITUD

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BOLAÑO	MARTINEZ	FABER	ANTONIO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1069485479
9. SEXO: X
10. FECHA NACIMIENTO: 6/18/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código | Etnico
12. DISCAPACIDAD: Tipo | Condicion
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACION IBC: 877803
18. UBICACION O DIRECCION DE RESIDENCIA: CL 85 SUR NRO 92 83
ZONA: U | R
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BTA	BTA		3129406267		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos de identificación del beneficiario (Conyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO
23. FECHA NACIMIENTO
CÓDIGO IPS

Datos basicos de identificacion de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	26. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condicion
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Telefono Fijo	Telefono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Diligenciar en BTC)	34. Nombre de la Institucion prestadora de servicios de salud IPS	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R U						
2			R U						
3			R U						
4			R U						

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

35. Nombre o Razón Social: CONSORCIO OBRAS CAUCASIA
36. Tipo documento de identidad: X
37. Número documento de identidad: 901397763
OV. 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN: DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
CRA 52A 123B 10	BTA	BTA	703 8345

FECHA INICIO DE RELACION LABORAL	CARGO	SALARIO
10/8/2020	AYUDANTE	877803

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS — Código
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS: X
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. MOVILIDAD
A. AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B. AL 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 PENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO
FECHA (a partir de)
42. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

Faber Bolaño

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificacion de la Entidad Territorial
Codigo del Municipio | Código del departamento
57. Datos del SISBEN
Numero de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad | Numero del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

FORMATO CONTROL SINTOMATOLOGIA
RETORNO DE ACTIVIDADES FRENTE AL COVID-19

Vigencia: 1.0.7

Fecha del reporte: | | |

Nombre y apellidos: Fabio Antonio Bolaño martinez

Tipo de documento: CC **Numero:** 1069765479

Fecha de nacimiento: 18/06/1991 **Edad:** 28 Sexo F | M

Teléfono de contacto (1): 3115581863 **Teléfono de contacto (2):** 3125552258

Dirección domicilio: Cll 75B N 88-13

Area: _____ **Cargo** _____

Antecedentes de riesgo y exposición

	SI	NO	Comentarios
¿Ha presentado fiebre, mayor o igual a 38°C?		X	
¿Ha presentado tos con cuadro de infección respiratoria, dificultad para respirar, dolor de garganta?		X	
¿Ha tenido o tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por Coronavirus Covid-19)?		X	
Estuvo hospitalizado y/o incapacitado por infección respiratoria recientemente?		X	
stuvo fuera de la ciudad previo a retornar a ividades? ¿Donde?			
adece alguna enfer ertensión, C une ¿Cual?			
identifica con abajo? ¿Por q			

y acepta que ios luego de su

resa si presenta síntomas **Si**

nes:

ANCIA QUE HE SID PREVENCIÓN ESTA

e, doy mi consentimi to

VIA, ASI COMO LAS MEDIDAS DE

Camisa S
Pantalon 30
Botas 39

IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.553.565**

BOHORQUEZ ALFONSO

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES

Diego Fernando Bohorquez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1983**

BOLIVAR
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

18-JUL-2001 ROLDANILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00781452-M-0016553565-20160105 0047948072A 1 1713735231

Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000229639

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO OBRAS CAUCASIA109 FECHA 06/10/2020 10:26:06

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DIEGO FERNANDO BOHORQUEZ ALFONSO **C.C** 16553565

EDAD 37 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AFINADOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS / HIGIENE POSTURAL
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. Dayanira Mosquera G.
Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53 015 470

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

Medellín, 06 de octubre de 2020

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 OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C16553565	BOHORQUEZ ALFONSO DIEGO FERNANDO	07/10/2020		23237217	DEPENDIENTE

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 06/10/2020 14:54:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.189, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIEGO FERNANDO BOHORQUEZ ALFONSO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16553565,** se encuentra afiliado/a desde **27/02/2008** 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 06 de octubre de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.

192

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar
NIT 830.003.564-7

9007065281

No. de Radicación: 20379376

Fecha de Radicación: 09 10 2020

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de tramite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual / Cotizante o cabeza de Familia: X	A. Contributivo: X	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	Beneficiario o afiliado adicional:	B. Subsidiado:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	B. Colectivo:		C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	C. Institucional:				
	D. De oficio:				

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

6. Apellidos y nombres				
	BOHORQUEZ	ALFONSO	DIEGO	FERNANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	16553565	Femenino: Masculino: X	20 06 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$877.803		Zona: Urbana: Rural:	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres				

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

Datos basicos de identificacion de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
			Femenino / Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO OBRAS CAUCASIA	NT	901397763	

39. Dirección	Teléfono		
CR 52 A 123 B 10	7038345	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:		07 10 2020

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Confirmación de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliar al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de residencia de nacionales de fuera de Colombia cuando impidan la entrega de los documentos que acrediten la calidad de beneficiarios.
49. Declaración de no vinculación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios y/ afiliados adicionales con una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

Nombre y apellidos: diego fernando Bohorquez Alfonso

Tipo de documento: C.C. **Numero:** 16553565

Fecha de nacimiento: 20/06/1983 **Edad:** 35 Sexo F | M

Teléfono de contacto (1): 3134042585 **Teléfono de contacto (2):** 3162571583

Dirección domicilio: Cra 48X 7a-04 Sur.

Area: _____ **Cargo** _____

Antecedentes de riesgo y exposición

		SI	NO	Comentarios
1	¿Ha presentado fiebre, mayor o igual a 38°C?		X	
2	¿Ha presentado tos con cuadro de infección respiratoria, dificultad para respirar, dolor de garganta?		X	
3	¿Ha tenido o tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por Coronavirus (Covid-19)?		X	
4	¿Estuvo hospitalizado y/o incapacitado por infección respiratoria recientemente?		X	
5	¿Estuvo fuera de la ciudad previo a retornar a las actividades? ¿Donde?		X	
6	¿Padece alguna enfermedad, ejemplo: ¿Asma, Diabetes, Hipertensión, Cáncer, Enfermedades del sistema inmune? ¿Cual?		X	
7	¿Se identifica como persona de alto riesgo para retomar su trabajo? ¿Por qué?		X	

Entiende y acepta que debe acudir al servicio médico y reportar a la empresa si presenta síntomas respiratorios luego de su ingreso a trabajar. SI

Observaciones:

DOY CONSTANCIA QUE HE SIDO INFORMADO DE LOS SINTOMAS, SIGNOS DE ALARMA, ASI COMO LAS MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA COMPAÑIA.

Por la presente, doy mi consentimiento para la recopilación y el procesamiento de mis datos personales como se describe en este documento.
Entendiendo que mi consentimiento es voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento de protección de datos en cualquier momento. En caso de retirar su consentimiento, Grecon Ingenieros SAS solo pude procesar sus datos personales cuando exista fundamento legal para el procesamiento

diego f. Bohorquez.
Firma colaborador

Firma Vigía SG-SST Grecon Ingenieros SAS

1911

NUMERO 1.003.166.016

GOMEZ MORENO
APELLIDOS

OSNAIDER
NOMBRES

Osnaider Gom

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1987

CURUMANI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

08-MAR-2007 CHIRIGUANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1237500-37160863-M-1003166016-20070729 04310 07210N 03 224840464

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000229777

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: CONSORCIO OBRAS CAUCASIA109 FECHA 06/10/2020 13:04:08

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: OSNAIDER GOMEZ MORENO **C.C** 1003166016

EDAD 32 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dra. Dayanira Mosquera G.
Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53.015.470

FIRMA DEL ESPECIALISTA

ARL | sura

Medellín, 06 de octubre de 2020

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 OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C100316601 6	GOMEZ MORENO OSNAIDER	07/10/2020		17251733	DEPENDIENTE

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 06/10/2020 17:41:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.189, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ MORENO OSNAIDER** identificado(a) con **CC** número **1.003.166.016** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de febrero de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de octubre de 2020.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

198

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9007065272

No. de Radicación: 20379364

Fecha de Radicación: 09 10 2020

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de tramite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X	A. Contributivo X	A. Cotizante X	A. Dependiente X	
B. Reporte de Novedades X	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	B. Colectivo		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional				
	D. De oficio				

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

6. Apellidos y nombres			7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
GOMEZ	MORENO	OSNAIDER	CC	1003166016	Femenino Masculino X	19 12 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	
$877.803		Zona: Urbana Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
					Femenino Masculino	

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino Masculino		29. Parentesco	30. Etnia
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

	31. Discapacidad		32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo:	Condición:	Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
	F M M P	M2 P						
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		
B1		
B2		
B3		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
CONSORCIO OBRAS CAUCASIA	NT	901397763		
39. Dirección: CR 52 A 123 B 10	40. Teléfono: 7038345	41. Ciudad: BOGOTA	42. Departamento: DISTRITO CAPITAL	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación					
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad	
				07 10 2020	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliar al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de soportes de fuerza mayor o caso fortuito que impidieron la entrega de los documentos que acreditan la calidad de beneficiarios.
49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados reportes y a las entidades definidas dentro del Sistema de la Protección Social.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular (SMS) suministrado de forma

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES
		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

71. Firma del funcionario

CONSORCIO OBRAS CAUCASIA 109	Código:
	Versión:
FORMATO CONTROL SINTOMATOLOGIA RETORNO DE ACTIVIDADES FRENTE AL COVID-19	Vigencia:

Fecha del reporte: | | | |

Nombre y apellidos: Osnalder Gomez Moreno

Tipo de documento: Cedula **Numero:** 1003166016

Fecha de nacimiento: 19.12.1987 **Edad:** 35 **Sexo** F | M ✓

Teléfono de contacto (1): 3165476124 **Teléfono de contacto (2):** 3207294198

Dirección domicilio: Cll 42 #81 G 18. Sur Bilio La Torre

Area: _____ **Cargo** _____

Antecedentes de riesgo y exposición

		SI	NO	Comentarios
1	¿Ha presentado fiebre, mayor o igual a 38°C?		X	
2	¿Ha presentado tos con cuadro de infección respiratoria, dificultad para respirar, dolor de garganta?		X	
3	¿Ha tenido o tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por Coronavirus (Covid-19)?		X	
4	¿Estuvo hospitalizado y/o incapacitado por infección respiratoria recientemente?		X	
5	¿Estuvo fuera de la ciudad previo a retornar a las actividades? ¿Donde?		X	
6	¿Padece alguna enfermedad, ejemplo: ¿Asma, Diabetes, Hipertensión, Cáncer, Enfermedades del sistema inmune? ¿Cual?		X	
7	¿Se identifica como persona de alto riesgo para retomar su trabajo? ¿Por qué?		X	

Entiende y acepta que debe acudir al servicio médico y reportar a la empresa si presenta síntomas respiratorios luego de su ingreso a trabajar. SI

Observaciones:

DOY CONSTANCIA QUE HE SIDO INFORMADO DE LOS SINTOMAS, SIGNOS DE ALARMA, ASI COMO LAS MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA COMPAÑIA.

Por la presente, doy mi consentimiento para la recopilación y el procesamiento de mis datos personales como se describe en este documento. Entendiendo que mi consentimiento es voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento de protección de datos en cualquier momento. En caso de retirar su consentimiento, Grecon Ingenieros SAS solo pude procesar sus datos personales cuando exista fundamento legal para el procesamiento

Firma colaborador

Firma Vigía SG-SST Consorcio Obras Caucasia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.038.116.286
LAZARO VERTEL
APELLIDOS
DEIVY DAVID
NOMBRES

DELVY D. LAZARO
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1991
CAUCASIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-NOV-2009 CAUCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0108800-00221965-M-1038116286-20100308 0021512279A 1 33052818

NUEVA EPS

Correo Electronico : david35353453@gmail.com

Barrio : El CaMELLO N-2 Calle 27.

3114951389

José García Niebles

Médico Especialista en Salud Ocupacional
Resolucion SO: 60054316-2016 SSS y PSA

Cel: 323 420 5856 - Tel: 839 2896
Cra 2da No. 21-80
Caucasia - Antioquia
garcianjj@hotmail.com

RUT: 15304141-0



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE:	CONSORCIO OBRA CAUCASIA 109	EMPRESA EN MISIÓN:	

INGRESO [X] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] MANIPULACION ALIMENTOS [ ] FECHA: 13.10.2020

NOMBRE: DEIBI DAVID LOZARO VERTEL C.C: 1038116286

CARGO: OBRERO CIUDAD: CAUCASIA

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO	[X]	5. VISIOMETRÍA	[X]	LABORATORIOS	[ ]
2. AUDIOMETRÍA	[X]	6. PRUEBA PSICOTÉCNICA	[ ]	AUDIOMETRIA: Normal / VISIOMETRIA: Normal /	
3. ESPIROMETRÍA	[ ]	7. EVAL. OSTEOMUSCULAR	[ ]		
4. OPTOMETRÍA	[ ]	8. OTROS	[ ]		

CONCEPTO EXAMEN DE ALTURA

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ]
APTO CON RECOMENDACIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] POR MOTIVO DE
APLAZADO [ ] MOTIVO NO APLICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE [X]
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR [ ]
APTO CON RESTRICCIÓN [ ] POR MOTIVO DE
APLAZADO [ ] POR MOTIVO DE
NO RECOMENDADO PARA EL CARGO [ ] POR MOTIVO DE

EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO [ ]

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL			
	TEMPORAL [ ]	POR MOTIVO DE	
	PERMANENTE [ ]	POR MOTIVO DE	

EXAMEN DE EGRESO

RETIRO SIN PATOLOGÍA APARENTE [ ] RETIRO CON PATOLOGIA PARA SUGERIR EN EPS [ ]

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO [ ]

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL			
	TEMPORAL [ ]	POR MOTIVO DE	
	PERMANENTE [ ]	POR MOTIVO DE	

EXAMEN MANIPULACION DE ALIMENTOS

APTO [ ] NO APTO [ ] APTO CON RECOMENDACIONES [ ] APLAZADA [ ]

CONDUCTA

MANEJO POR EPS / ARL

Control Periodico PP por EPS [ ]
Remisión a EPS por [ ]
Continuar manejo periodico [ ]
Remision a ARL para manejo del caso [ ]
Seguimiento caso ARL [ ]

Incluir en SVE: VISUAL [ ] CARDIOVASCULAR [ ]

OCUPACIONALES

Control periodico ocupacional [ ]
Higiene Postural [ ]
Utilización de EPP [ ]
Pausas activas [ ]
Realización de Pruebas Complementarias [ ]

AUDITIVO [ ] RESPIRATORIO [ ] ERGONÓMICO [ ] QUÍMICO [ ]
PSICOLABORAL [ ] BIOLÓGICO [ ]

Dieta [ ]
Ejercicio regular 3 veces/sem [X]
Dejar el habito de fumar [ ]
Reducir el consumo de alcohol [ ]

PP: programa de promoción y prevención de la salud: Higiene oral semestral; Citologia cervicovaginal anual; Control de testiculo anual; Control de seno anual; Control de próstata anual

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Recomendaciones en higiene postural. Pausas activas. Sensibilización de la importancia de los Estilos de Vida Saludables y el Autocuidado.	Uso de EPP según el cargo y la actividad a ejecutar.

La Resolución 2346 de 2007 reglamenta la práctica y y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico del aspirante. La historia clínica ocupacional, los exámenes y las pruebas complementarias son confidenciales y hacen parte de la reserva profesional. CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. José García Niebles
Md. Especialista en Salud Ocupacional
Reg. Md. 18417 - 89
U de Antioquia SSS 60054316-2016
FIRMA DEL MÉDICO
Registro Médico 18417-89
Resolución SO: 60054316-2016 SSS y PSA

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C.1038116286

ARL | sura

Medellín, 14 de octubre de 2020

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 OBRAS CAUCASIA 109 que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1038116286	LAZARO VERTEL DEIVY DAVID	15/10/2020		32133180	DEPENDIENTE

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 14/10/2020 12:11:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.113, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DEIVY DAVID LAZARO VERTEL identificado(a) con C.C No. 1.038.116.286, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de octubre del 2020.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Unicamente para dependientes y afiliaciones al Regimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACION — B. REPORTE DE NOVEDADES: X
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual — B) Cotizante o cabeza de familia: X — b) Beneficiario o afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De oficio
3. RÉGIMEN: C. Contributivo: X — S. Subsidiado

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante: X — CF Cabeza de Familia — BE Beneficiario
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LAZARO	VERTEL	DEIVY	DAVID

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1038116286
9. SEXO: X
10. FECHA NACIMIENTO: 11/17/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código — Etnico — Tipo
12. DISCAPACIDAD — Condicion
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACION - IBC: 877803
18. UBICACIÓN / DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 63C NRO 101 57
ZONA: U — R
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
MEDELLIN	ANTIOQUIA		3114951389		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos de identificación del beneficiario (cónyuge o compañero (a) permanente del) cotizante)
19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
21. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO
23. FECHA NACIMIENTO
CÓDIGO IPS

Datos basicos de identificacion de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	25. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	26. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NUMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. EDAD	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condicion
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Telefono Fijo	Telefono Movil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Si Aplica)	34. Nombre de la Institucion prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R U						
2			R U						
3			R U						
4			R U						

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

35. Nombre o Razón Social: CONSORCIO OBRAS CAUCASIA
36. Tipo documento de identidad: X
37. Numero documento de identidad: 901397763
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN

CRA 52A 123B 10	BTA	BTA	703 8345	

FECHA INICIO DE RELACION LABORAL: 10/15/2020
CARGO: AYUDANTE
SALARIO: 877803

VI. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
8. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS
Código:
9. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS: X
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. MOVILIDAD
A. AL REGIMEN CONTRIBUTIVO
B. AL REGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO
A. INTERNO REGIMEN
B. INTERPARTE REGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO IDENTIDAD
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO
FECHA NACIMIENTO
FECHA (aaaa/mm/dd)
42. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, Cabeza de familia o beneficiario: David Lazaro

55. Firma y sello del empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificacion de la Entidad Territorial
Codigo del Municipio
Codigo del departamento
67. Datos del SISBEN
Numero de ficha
Puntaje
Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validacion
Tipo documento de identidad
Numero del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

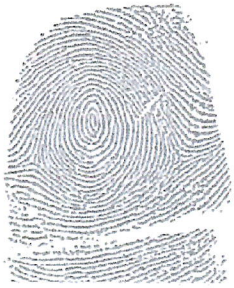
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 98.652.789

ANGULO MESA
APELLIDOS

EVER AUGUSTO
NOMBRES

Ever A Angulo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1978
ZARAGOZA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-SEP-1996 CAUCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0108800-18152881-M-0098652789-20061115 0657506318A 02 209706420

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 18983900
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2020-10-14

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	CONSTRUCTORA JO SAS	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	900572026	D.V.	1	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	BARRIO KENEDDY	DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	CAUCASIA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	milenabedolla@gmail.com	TELÉFONO	8392970
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	8204472	PRIMER APELLIDO	OVIEDO	SEGUNDO APELLIDO	AGUAS
PRIMER NOMBRE	JAIME	SEGUNDO NOMBRE	LUIS		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 09	Año: 2020	Mes: 10	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
9		$8.665.300		18983900

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-98652789	01	No	No	No	5	154	Fijo	ANGULO MESA EVER AUGUSTO	$877.807
CC-1038094142	01	No	No	No	5	154	Fijo	BARRAGAN CABALLERO DIVIER DE JESUS	$877.807
CC-98656353	01	No	No	No	5	154	Fijo	CASTAÑO TREJOS LUIS CARLOS	$877.803
CC-1038104556	01	No	No	No	5	154	Fijo	MEJIA BEDOYA CARLOS MARIO	$877.807
CC-15745058	01	No	No	No	5	154	Fijo	MEJIA GONZALEZ JOSE ALFREDO	$1.279.550
CC-8202386	01	No	No	No	5	154	Fijo	OVIEDO AGUAS EMIRO JOSE	$1.527.821
CC-3943953	01	3	No	No	5	154	Fijo	OVIEDO FERNANDEZ JOSE DE LAS MERCEDES	$877.803
CC-14231154	01	No	No	No	5	154	Fijo	PALMA SANCHEZ ORLANDO	$877.803
CC-39276423	01	No	No	No	5	154	Fijo	VASQUEZ GONZALEZ LUZ DARY	$1.059.260

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 98652789																													0		
CC - 1038094142																													0		
CC - 98656353																													0		
CC - 1038104556																													0		
CC - 15745058																													0		
CC - 8202386																													0		
CC - 3943953																													0		
CC - 14231154	X	2020-09-17																											0		
CC - 39276423																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 98652789	PROTECCION	30	$877.807	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 1038094142	COLFONDOS	30	$877.807	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 98656353	PORVENIR	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 1038104556	PORVENIR	30	$877.807	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 15745058	PROTECCION	30	$1.279.550	0.1600000	$204.800	$0	$0	$204.800	$0	$0	$0
CC - 8202386	PORVENIR	30	$1.527.821	0.1600000	$244.500	$0	$0	$244.500	$0	$0	$0
CC - 3943953	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 14231154	PROTECCION	14	$409.642	0.1600000	$65.600	$0	$0	$65.600	$0	$0	$0
CC - 39276423	COLPENSIONES	30	$1.059.260	0.1600000	$169.500	$0	$0	$169.500	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 98652789	MEDIMAS EPS	30	$877.807	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.807	4990	0.0696000	$61.100
CC - 1038094142	MEDIMAS EPS	30	$877.807	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.807	4990	0.0696000	$61.100
CC - 98656353	MEDIMAS EPS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	4990	0.0696000	$61.100
CC - 1038104556	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$877.807	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.807	4990	0.0696000	$61.100
CC - 15745058	MEDIMAS EPS	30	$1.279.550	0.0400000	$51.200	$0	0	$0	0	$0	30	$1.279.550	4990	0.0696000	$89.100
CC - 8202386	SANITAS	30	$1.527.821	0.0400000	$61.200	$0	0	$0	0	$0	30	$1.527.821	4990	0.0696000	$106.400
CC - 3943953	NUEVA E.P.S. S.A.	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	4990	0.0696000	$61.100
CC - 14231154	MEDIMAS EPS	14	$409.642	0.0400000	$16.400	$0	0	$0	0	$0	14	$409.642	4990	0.0696000	$28.600
CC - 39276423	MEDIMAS EPS	30	$1.059.260	0.0400000	$42.400	$0	0	$0	0	$0	30	$1.059.260	4990	0.0696000	$73.800

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-98652789	COMFENALCOANTIOQUIACCF	30	$877.807	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1038094142	COMFENALCOANTIOQUIACCF	30	$877.807	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-98656353	COMFENALCOANTIOQUIACCF	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1038104556	COMFENALCOANTIOQUIACCF	30	$877.807	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

202