	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código	DE-DEAJU-FR-019
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN OBRA PÚBLICA	Versión	10
		Vigencia	12/03/2026

1- INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

FECHA INFORME DE SUPERVISION	5/08/2026	**PERIODO REPORTADO DEL:**	21/07/2026	**AL:**	31/07/2026
CONTRATO Nº	022-00-K-ESUFA-GRUAL-2026	**CONTRATISTA**	GEMZA SAS		
OBJETO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y MEJORATIVO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES CT. ANDRÉS M. DÍAZ				
FECHA DE INICIO	21/07/2026	**FECHA DE TERMINACION**	21/11/2026		

VALOR INICIAL	$ 771.082.832,70	**VALOR ADICIONAL (Si aplica)**	$ 0,00	**VALOR REDUCCIÓN (Si aplica)**	$ 0,00	**VALOR TOTAL**	$ 771.082.832,70

2- ESTADO DEL CONTRATO OBSERVACIONES

EL CONTRATO SE SUSCRIBIÓ EL DÍA 30 DE JUNIO DE 2026 EN MADRID, CUNDINAMARCA, EL MISMO SE ENCUENTRA PERFECCIONADO CON LA FIRMA DE LAS PARTES Y EL ACTA DE INICIO SE SUSCRIBIÓ EL 21 DE JULIO DE 2026. LA GARANTÍA ÚNICA VIGENTE ES LA PÓLIZA No. 33-44-101277745 (CUMPLIMIENTO), CON LOS SIGUIENTES AMPAROS: CUMPLIMIENTO POR $231.324.849,81 VIGENTE HASTA EL 01/03/2027; PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES POR $38.554.141,64 VIGENTE HASTA EL 31/10/2029; Y ESTABILIDAD DE LA OBRA POR $154.216.566,54. ADICIONALMENTE SE CUENTA CON LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL No. 33-40-101091528, AMPARO POR $350.181.000, VIGENTE HASTA EL 31/10/2026. EL SUPERVISOR PRINCIPAL DEL CONTRATO ES EL MY. SÁNCHEZ REYES JORGE ROBERTO; EL CONTRATO NO CUENTA CON INTERVENTORÍA.

3- CONTROL MODIFICATORIOS

MODIFICATORIO No.1 Pendiente aprobación por parte de ordenación del gasto, se registraría en el proximo informe de supervisión	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	N/A
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	N/A
FORMA DE PAGO	N/A
PLAZO DE EJECUCIÓN (MODIFICADO) (SI APLICA)	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A
MODIFICATORIO No.2	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	N/A
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	N/A
FORMA DE PAGO	N/A
PLAZO DE EJECUCIÓN (MODIFICADO) (SI APLICA)	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A

4- RECURSOS DEL CONTRATISTA

Ensayos, Diseños y Otros		Materiales en Obra		Equipos en Obra		Personal en obra		Dedicacion contractual	Dedicacion ejecutada	Cumplio/ No cumplio	Observaciones
Detalle	Obs/Resultado	Detalle	Cantidad	Detalle	Cantidad	Detalle	Cantidad	%	%	Si/ No	Detalle
		Cemento gris	50 blt	Mexcladora electrica	1	Residente de obra	1	100	100	SI	
		Cielo raso PVC	345 m2	Compresor	1	SISO / SST	1	**100**	**100**	SI	
		Arena de peña	50blt	Equipo topográfico (localización y replanteo)	1	Oficial de construcción	1	**100**	**100**	SI	
		Icopor	140 m2	Hidrolavadora	1	Maestro de obra	1	**100**	**100**	SI	
		Pintura 3 en 1 blanca	67 gal.	Tronzadora	1	Auxiliar	2	**100**	**100**	SI	
						TOTAL	6				

5- CONTROL DE PROGRAMACIÓN

PORCENTAJE PONDERADA EN OBRA

		EJECUTADO TOTAL A LA FECHA	PROGRAMADO TOTAL A LA FECHA	ATRASO (-) / ADELANTO (+)
% Ejecutado acumulado mes anterior (Total)	0,00%			
EJECUCION SEMANAL (MES REPORTADO)				
Semana 1 (21 al 31 de julio)	7,50%	**7,50%**	**6,25%**	**1,25%**
Semana 1 (fecha final de la semana)	0,00%			
Semana 1 (fecha final de la semana)	0,00%			
Semana 1 (fecha final de la semana)	0,00%			
Semana 1 (fecha final de la semana)	0,00%			

GRAFICO DE PORCENTAJE PROGRAMADO Vs EJECUTADO

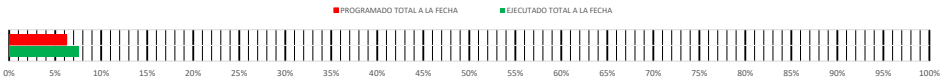
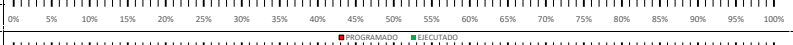
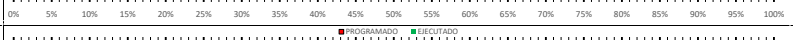
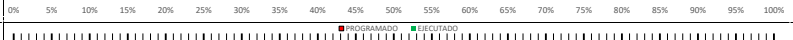


GRÁFICO DE PORCENTAJE PROGRAMADO Vs EJECUTADO POR CAPÍTULOS

CAPÍTULOS	AVANCE	GRÁFICO DE PORCENTAJE	TOTAL
1. PRELIMINARES	PROGRAMADO		**17,46%**
	EJECUTADO		**0,56%**
2. MOVIMIENTO DE TIERRAS	PROGRAMADO		**0,00%**
	EJECUTADO		**0,00%**
3. ESTRUCTURA	PROGRAMADO		**32,35%**
	EJECUTADO		**0,00%**
4. MAMPOSTERIA	PROGRAMADO		**0,00%**
	EJECUTADO		**0,00%**
5.1 INSTALACIONES HIDROSANITARIAS	PROGRAMADO		**0,00%**
	EJECUTADO		**0,00%**
6. APARATOS SANITARIOS Y ACCESORIOS	PROGRAMADO		**0,00%**
	EJECUTADO		**0,00%**

7. INSTALACIONES ELECTRICAS	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
8. PAÑETES	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
9. ACABADOS DE MUROS PINTURA Y/O ENCHAPES	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
10. CUBIERTAS	PROGRAMADO	11,00%
	EJECUTADO	14,00%
11. CIELO RASO	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
12. PISOS	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
13. ESTRUCTURA	PROGRAMADO	32,35%
	EJECUTADO	0,00%
14. ESTRUCTURAS EN CONCRETO	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
15. CARPINTERIA EN MADERA	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
16. CARPINTERIA METALICA	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
17. VIDRIOS Y ESPEJOS	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
18. OBRAS GENERALES	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
19. INFRAESTRUCTURA	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
20. ASEO GENERAL	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%
ACTIVIDADES ADICIONALES CONTRATO MODIFICATORIO		
	PROGRAMADO	0,00%
	EJECUTADO	0,00%

6- PLAZO (DÍAS)

Cant. Días	Total	Transcurrido	Faltantes
Contractual	124	11	113

7- REGISTRO FOTOGRAFICO GENERAL



Durante el periodo comprendido entre el 24 y el 30 de junio de 2026, dando inicio a la ejecución material del contrato conforme al cronograma acordado con la supervisión (inicio real 24 de junio de 2026), se adelantaron las siguientes actividades

Durante el periodo se realizaron actividades preliminares de desmonte de cubierta carpinteria, demolicion de muros, demolicion enchapes de piso, desmonte aparatos sanitarios, demsonte de puertas, desmonte cielo raso, mantenimiento estructura metalica polideportivo.

Localización y replanteo / Descapote H=0.20 m (Capítulo 1 - Preliminares) Actividad atrasada				
	SI		NO	
	SI		NO	
	SI		NO	
	SI		NO	

OBSERVACIONES:

10- CONTROL DE COSTOS

Detalle	Presupuesto		Valor Ejecutado a la Fecha		Por Ejecutar	
	INICIAL	ACTUAL (Adiciones y/o	$	%	$	%
Directos+AIU+IVA	$ 771.082.832,70	$ 771.082.832,70	$ 57.831.212,45	7,50%	$ 713.251.620,25	92,50%
Adiciones	N/A	$ 0,00				
Reducciones		$ 0,00				
TOTAL	$ 771.082.832,70	$ 771.082.832,70				

11- CONTROL PAGOS

DETALLE DE PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL	$ 771.082.832,70	
VALOR ADICIONAL (Si aplica)	$ 0,00	
VALOR REDUCIDO (Si aplica)	$ 0,00	
VALOR TOTAL	$ 771.082.832,70	
ANTICIPO (Si aplica)	$ 0,00	
PRIMER PAGO PAC SEPTIEMBRE	$ 0,00	
PAGO FINAL PAC NOVIEMBRE	$ 0,00	
TOTAL PAGADO A LA FECHA	$ 0,00	

12- CUMPLIMIENTO TRÁMITES Y COMPROMISOS ADMINISTRATIVOS (Indicar las actividades administrativas y/o compromisos adquiridos por el Contratista durante el periodo)

ACTIVIDAD	APLICA	NO APLICA	ENTREGADO	APROBADO	CUMPLIO	OBSERVACIONES
Programación de obra	X		X		X	
Entrega de desglose de AIU y APU de las actividades	X		X		X	
Estudios de seguridad	X		X		X	

13- OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

14- EL TIEMPO EXISTENTE FUE ASI (Condiciones Climaticas):

Durante el periodo reportado se presentaron precipitaciones ligeras (llovizna) y vientos moderados en algunos días, sin que estas condiciones afectaran de manera significativa el desarrollo de las actividades programadas.

ELABORO:	REVISO:
MY. SANCHEZ REYES JORGE ROBERTO Supervisor Contrato Firma y Posfirma	Director de Interventoria Firma y Posfirma

15-ANEXO REGISTRO FOTOGRAFICO DEL PERIODO REPORTADO (Debe incluirse en el registro fotográfico fecha, hora y lugar)

			
Actividades de demolicion carpinteria	Actividades de demolicion carpinteria	Actividades de demolicion carpinteria	Actividades de demolicion carpinteria
			
Demolicion piso carpinteria	Actividades de demolicion carpinteria	Mantenimiento cubierta polideportivo	Mantenimiento cubierta polideportivo

Fecha de presentación del informe	Día	Mes	Año	Informe N°	Período de Informe						
					Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
	05	08	2026	1	21	07	2026		31	07	2026

Contrato No. 022-00-K-ESUFA-GRUAL-2026

Tipo de contrato: Obra

Contratista: GEMZA SAS

Nit: 901.552.735-1

Representante legal: ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ

Identificación representante legal: C.c. No. 72.345.315 de Barranquilla

Correo del contratista: gemzasas@gmail.com

Supervisor: MY. SÁNCHEZ REYES JORGE ROBERTO

Objeto del contrato: MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y MEJORATIVO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES CT. ANDRÉS M. DÍAZ

Valor inicial del contrato: $ 771.082.832,70

Adicción al contrato: N/A

Valor adicción del contrato: N/A

Valor total del contrato: $ 771.082.832,70

Plazo inicial de ejecución: cuatro (04) meses

Prorroga: N/A

Plazo prorroga 1: N/A

Plazo prorroga 2: N/A

Acta de inicio: 21 de julio del 2026

Fecha de terminación: 21 de noviembre del 2026

Tipo de Informe: Parcial	**X**	**Tipo de Informe:** Final	

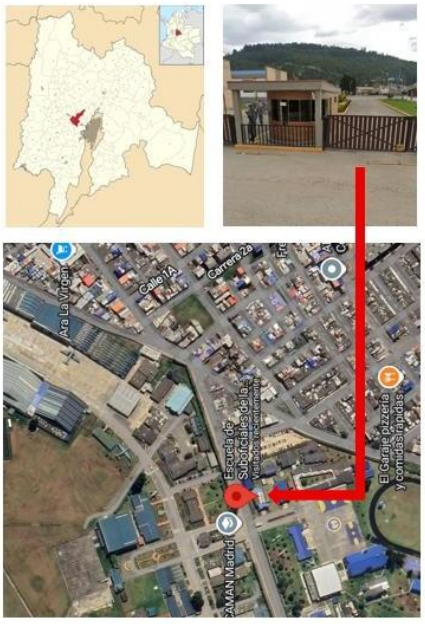
- **INTRODUCCIÓN**

El presente informe técnico se elabora en el marco del contrato de obra suscrito entre la Escuela de Suboficiales CT. Andrés M Díaz – Madrid Cundinamarca y la sociedad GEMZA S.A.S., cuyo objeto contractual comprende la ejecución de actividades de mantenimiento locativo en las instalaciones de la institución, con el propósito de preservar las condiciones de funcionalidad, seguridad, habitabilidad y conservación de la infraestructura física.

El alcance del contrato contempla la ejecución de actividades de mantenimiento preventivo y correctivo sobre elementos constructivos y no estructurales, de conformidad con las especificaciones técnicas, los diseños, las cantidades de obra y las demás condiciones establecidas en los documentos contractuales. Dentro de las intervenciones desarrolladas se incluyen, entre otras, la reparación y adecuación de superficies, mantenimiento de cubiertas, intervención de redes hidrosanitarias y eléctricas de baja complejidad, reposición de acabados, tratamiento de patologías constructivas menores, adecuaciones locativas y demás actividades requeridas para garantizar el adecuado funcionamiento de las instalaciones.

El presente informe tiene como finalidad presentar el estado de ejecución del contrato durante el período reportado, evidenciando el avance **físico, financiero, administrativo y técnico** de las actividades ejecutadas, así como el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del contratista, de conformidad con el cronograma de obra y los lineamientos establecidos por la entidad contratante.

Localización del proyecto



Escuela de Suboficiales CT. Andrés M Díaz
Madrid Cundinamarca

CARRERA 5 #2-92 SUR MADRID CUNDINAMARCA

Descripción Actividades Ejecutadas desde el 22 hasta el 31 de julio

ITEM	ACTIVIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	CANDIDAD	VALOR TOTAL
	1. PRELIMINARES				
1.1	DESMONTE CUBIERTAS	M2	$ 10.112,00	113,2	$ 1.144.678,40
1.2	DEMOLICIÓN DE MUROS EN BLOQUE / LADRILLO / DRY WALL, DINTELES. INCLUYE RETIRO DEL MATERIAL	M2	$ 17.833,00	9,63	$ 171.731,79
1.3	DEMOLICION DE ENCHAPE DE PISOS, PAREDES, GUARDAESCOBAS.	M2	$ 20.215,00	44,76	$ 904.793,08
1.4	DESMONTE DE APARATOS SANITARIOS, LAVAMANOS, ORINALES Y DIVISIONES DE DUCHAS Y TODOS SUS ACCESORIOS, INCLUYE ACARREO DE ELEMENTOS DESMONTADOS	UND	$ 10.472,00	3	$ 31.416,00
1.5	DESMONTE DE PUERTAS O VENTANAS (INCLUYE MARCOS, VIDRIOS, ANGEOS, ETC)	M2	$ 7.035,00	24,88	$ 175.030,80
1.6	CORTE Y DESMONTE DE MALLA ESLABONADA CON ESTRUCTURA, NO INCLUYE RETIRO	M2	$ 13.582,00		$ -
1.7	DESMONTE DE BARANDA METÁLICA	ML	$ 10.382,00		$ -
1.8	DESMONTE DE CIELORRASO. INCLUYE DESMONTE DE ESTRUCTURA	M2	$ 8.824,00	117	$ 1.032.408,00
1.9	DESMONTE DE CANAL Y/O BAJANTE DE AGUAS LLUVIAS	ML	$ 12.366,00		$ -
1.10	DEMOLICION DE CERRAMIENTO EXISTENTE EN MALLA ESLABONADA CON TUBERIA DE ACERO GALVANIZADO DE +- 2" Y DEMOLICION	ML	$ 30.289,00		$ -
	2. MOVIMIENTOS DE TIERRAS				
2.1	DESCAPOTE	M2	$ 7.142,00		$ -
2.2	RELLENO TIPO 2 BASE GRANULAR B-200	M3	$ 109.226,00		$ -
	3. ESTRUCTURA				
3.1	PERFILERIA ESTRUCTURAL EN ACERO A572 GR C. INCLUYE TODOS LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES PARA SU MONTAJE Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO COMO TAMBIÉN PINTURA EN ANTICORROSIVO, ESMALTE, CONEXIONES, PLATINAS, ANCLAJES Y SOLDADURA.	KG	$ 20.852,00		$ -
	4. MAMPOSTERIA				
4.1	MURO EN BLOQUE ESTRUCTURAL N° 5 PV E=0,12 MTS, INCLUYE ACERO DE REFUERZO, MORTERO RELLENO DE DOVELAS, PEGA Y ANCLAJES	M2	$ 85.558,00		$ -
	5. INSTALACIONES HIDROSANITARIAS				
5.1	REGATA PARA INSTALACIÓN DE TUBERÍA DE Ø 1/2" A Ø 6" (INCLUYE RESANE)	ML	$ 12.118,00		$ -
	6. APARATOS SANITARIOS Y ACCESORIOS				
6.1	SANITARIO MANANTIAL BLANCO REF CORONA Y/O SIMILAR	UND	$ 388.453,00		$ -
6.2	LAVAMANOS PORCELANA DE INCRUSTAR SAN LORENZO Y/O SIMILAR	UND	$ 276.434,00		$ -
6.3	ORINAL ARRECIFE ENTRADA SUPERIOR	UND	$ 511.120,00		$ -
6.4	GRIFERÍA DUCHA TEDESCA GRICOL LÍNEA CONTEMPORÁNEA O SIMILAR	UND	$ 221.089,00		$ -
6.5	LAVAMANOS AVANTI CON PEDESTAL BLANCO O SIMILAR	UND	$ 499.105,00		$ -

	7. INSTALACIONES ELECTRICAS				
7.1	LUMINARIA LED REDONDA 24W INCRUSTAR, INCLUYE CABLEADO (PE, HF, FR, LS, LIBRE DE HALÓGENOS, RETARDANTE A LA LLAMA, BAJA EMISIÓN DE HUMOS), Y ACCESORIOS PARA SU CORRECTA INSTALACIÓN.	UND	$ 54.616,00		$ -
7.2	LUMINARIA LED REDONDA 18W, INCLUYE CABLEADO (PE, HF, FR, LS, LIBRE DE HALÓGENOS, RETARDANTE A LA LLAMA, BAJA EMISIÓN DE HUMOS) Y ACCESORIOS PARA SU CORRECTA INSTALACIÓN.	UND	$ 151.202,00		$ -
7.3	SALIDA ELÉCTRICA CON LUMINARIA LED HERMETICA LED HERMETICA 2X18W T8 PC DLP37650 DE SYLVANIA 6500K, 3600LM, 36W, TENSIÓN DE OPERACIÓN: 100-277 V 50/60 HZ, ÁNGULO DE APERTURA: 120°, VIDA ÚTIL: 40000 H L70, DISTORSIÓN ARMÓNICA (THD) < 20%, INCLUYE CABLEADO 1N12CU-AWG-HFFR-LS FASE + 1N12CU-AWG-HFFR-LS NEUTRO + 1N12CU-AWG-DESN TIERRA, TUBERÍA EMT 3/4", CAJA TIPO RAWELT, TORNILLERÍA, TERMINALES, UNIONES, CABLEADO, ANCLAJES DE SUJECIÓN, GUAYAS, PERNOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA GARANTIZAR SU CORRECTA INSTALACIÓN Y PUESTA EN SERVICIO.	UND	$ 215.788,00		$ -
7.4	INTERRUPTOR SENCILLO 15A, 120V, INCLUYE CABLEADO (PE, HF, FR, LS, LIBRE DE HALÓGENOS, RETARDANTE A LA LLAMA, BAJA EMISIÓN DE HUMOS), Y ACCESORIOS PARA SU CORRECTA INSTALACIÓN	UND	$ 76.854,00		$ -
7.5	INTERRUPTOR DOBLE, INCLUYE SALIDA EN CABLEADO CU HFFR-LS NO.12 AWG, TUBERÍA PVC 3/4", INCLUYE: UNIONES, ACCESORIOS DE FIJACIÓN Y DE CONEXIÓN, FACEPLATE Y TODOS LOS ACCESORIOS NECESARIOS	UND	$ 109.801,00		$ -
7.6	ACOMETIDA EN CABLE 1N12 Cu AWG PE-HFFR-LS (FASES) + 1N12 Cu AWG PE-HFFR-LS (NEUTRO) + 1N12 Cu AWG (TIERRA), INCLUYE BORNAS DE CONEXIÓN, TERMINALES Y DEMÁS ACCESORIOS NECESARIOS PARA GARANTIZAR SU CORRECTA INSTALACIÓN Y PUESTA EN SERVICIO.	ML	$ 23.577,00		$ -
7.7	DUCTERÍA TIPO EMT DE 1 X Ø 3/4"	ML	$ 16.916,00		$ -
7.8	DUCTERIA TIPO PVC CONDUIT Ø 3/4"	ML	$ 10.793,00		$ -
	8. PAÑETES				
8.1	PAÑETE IMPERMEABILIZADO 1:4 - E= 15 MM, INCLUYE FILOS, CARTERAS Y DILATACIONES	M2	$ 25.515,00		$ -
8.2	PAÑETE 1:4, PARA FILOS Y CARTERAS DE VENTANAS Y PUERTAS.	ML	$ 12.969,00		$ -
	G. ACABADOS DE MUROS PINTURA Y/O ENCHAPES				
9.1	PINTURA KORAZA Y ESTUCO PARA EXTERIOR, ANTIHONGOS, RESISTENTE A LA INTEMPERIE 3 MANOS (INCLUYE FILOS Y DILATACIONES) COLOR A ELEGIR POR LA SUPERVISIÓN	M2	$ 37.459,00		$ -
9.2	ESTUCO Y VINILO TIPO-1, 3 MANOS (INCLUYE ESTUCO, FILOS Y DILATACIONES) (ML)	ML	$ 10.985,00		$ -

9.3	PINTURA EPOXICA CON DEMARCACION DE SEGURIDAD, PARA TRAFICO PESADO PINTURA EPÓXICA EN 3 CAPAS SUPERFICIE PREVIAMENTE ALISTADA, (INCLUYE APLICACIÓN DE DESINCRUSTANTE DEMARCACIÓN DE ZONAS DE ACUERDO A LA DISTRIBUCION EN PLANOS.	M2	$ 68.336,00		$ -
9.4	CERÁMICA PISO MANCORA ARD CAFE CD 33.8 X 33.8 CM CORONA O SIMILAR AREA BAÑOS, INCLUYE BOQUILLA Y TODO NECESARIO PARA SU INSTALACION Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	M2	$ 89.459,00		$ -
9.5	CERAMICA PARED FORMATO 25X35CM AUTORIZADO POR LA SUPERVISIÓN, PARA INSTALACION EN PARED DE BAÑOS. INCLUYE BOQUILLA Y TODO LO NECESARIO PARA SU CORRECTA INSTALACIÓN	M2	$ 46.116,00		$ -
9.6	PORCELANATO DE 60 X 60 SELLADO DE IGUAL O MEJORES CARACTERISTICAS PREVIAMENTE AUTORIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.	M2	$ 128.260,00		$ -
9.7	LAVAMANOS EN LAMINA DE GRANITO ESMALTADO PARA BAÑOS SINCLUYE FALDON DE 40 CM, SALPICADERO DE 10 CM Y ESTRUCTURA DE SOPORTE (COLOR A ESCOGER POR LA SUPERVISIÓN).	M2	$ 441.339,00		$ -
	10. CUBIERTAS				
10.1	TEJA EN LÁMINA SIN TRASLAPO COLOR EXTERIOR POR DEFINIR Y BLANCO INTERIOR TIPO SANDWICH PANEL 2" HASTA 50 CM CAL 24 (INCLUYE STANDING S 0,61XML 26 V/B, CLIP TEJA STANDING, TRAXX 3-10-16 X3/4), RELLENO CON POLIESTIRENO (ICOPOR) Y TODO ACCESORIOS NECESARIOS PARA SU INSTALACIÓN Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	M2	$ 218.104,00		$ -
10.2	LIMPIEZA MANUAL-MECÁNICA TIPO SSPC SP1; SSPC SP2 Y SSPC SP3 PARA ESTRUCTURA METÁLICA DE CUBIERTA DE CONSTRUCCIÓN EXISTENTE. INLCUYE SISTEMA DE RECUBRIMIENTO PARA LA ESTRUCTURA METÁLICA MEDIANTE IMPRIMANTE EPÓXICO FOSTATO DE CINC TIPO SIKA O SIMILAR Y/O BARNIZ QDS	M2	$ 74.329,00	582	$ 43.259.478,00
10.3	FLANCHE EN LÁMINA DE 0,25 ÚTIL POR 2,40ML CAL 26 SEGÚN PLANOS PARA LA CUBIERTA CONTRA MURO INCRUSTADO Y SELLADO CON IMPERMEABILIZANTE	ml	$ 32.776,00		$ -
10.4	CABALLETE PARA TEJA STANDING SEAM	ml	$ 62.544,00		$ -
	11. CIELO RASO				
11.1	CIELO RASO PVC 7 MM (INCLUYE ESTRUCTURA Y COMPUERTAS PARA INSPECCION) Y TODOS LOS ACCESORIOS PARA SU CORRECTA INSTALACIÓN	M2	$ 78.038,00		$ -
	12. PISOS				
12.1	ALISTADO DE PISO 8CM	M2	$ 64.507,00		$ -
12.2	ALISTADO DE PISO 2CM	M2	$ 11.824,00		$ -
	13. ESTRUCTURA				
13.1	MALLA ELECTROSOLDADA FY 485 MPA -NTC 5806, INCLUYE ALAMBRE NEGRO TRASIEGO, MANEJO	KG	$ 6.416,00		$ -

	14.ESTRUCTURAS EN CONCRETO				
14.1	PLACA EN CONCRETO 3000 PSI 10CM MALLA ELECTROSOLDADA	M2	$ 114.683,00		$ -
	15. CARPINTERIA EN MADERA				
15.1	PUERTA EN MADERA CON ACABADOS EN MELAMINICO RH, CON 3 DILATACIONES EN FONDO COLOR NEGRO, INCLUYE MARCO EN EL MISMO MATERIAL, BISAGRAS, CERRADURA, TOPES Y TODOS LOS ACCESORIOS NECESARIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO (TODA LA MADERA DEBE SER INMUNIZADA)	M2	$ 138.364,00		$ -
	16. CARPINTERIA METALICA				
16.1	PUERTA EN LAMINA COLD ROLLED CAL 20 ACABADO EN PINTURA ELECTROSTATICA INCLUYE MARCO CERRADURA Y BISAGRAS	M2	$ 340.789,00		$ -
16.2	PUERTA EN ALUMINIO INCLUYE MARCO TUBERIA RECTANGULAR PANEL LLENO O EN REJILLA TIPO BAÑOS CON PASADOR Y PORTACANDADO	M2	$ 439.595,00		$ -
16.3	VENTANERIA CORREDIZA EN ALUMINIO REF: SERIE 744 VIDRIO DE 5 MM. INCLUYE TODOS SUS ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU CORRECTA INSTALACIÓN	M2	$ 387.387,00		$ -
16.4	DIVISIÓN DE BAÑO EN ACRÍLICO, COLOR A ELEGIR POR LA SUPERVISION	M2	$ 290.695,00		$ -
16.6	MALLA ESLABONADA EN ACERO GALVANIZADO DE 2"X2" EN CALIBRE NO. 9 RECUBIERTA EN PVC, DEBIDAMENTE TEMPLADA Y SOLDADA A LOS PERFILES TUBULARES	M2	$ 65.783,00		$ -
16.7	BARANDA EN ACERO DE 1.3M DE ALTURA CONSTRUIDA EN PARALES VERTICALES TUBERÍA REDONDA DE 2" A.N. CON BASE EN PLATINA Y 4 PERNOS DE ANCLAJE TORNILLO DE PRESIÓN EL PASAMANOS SUPERIOR ACERO INOXIDABLE REDONDA 2" Y PASAMANOS INTERMEDIO 70CM ACERO TUBERÍA A.N. REDONDA 2" INCLUYE 3 LÍNEAS INTERMEDIA DE VARILLA REDONDA DE 5/8" EN CUMPLIMIENTO A NORMA NTC	ML	$ 300.416,00		$ -
	17. VIDRIOS Y ESPEJOS				
17.1	ESPEJO BISELADO E= 4 MM (FLOTADO EN MURO)	M2	$ 182.417,00		$ -
17.2	DIVISIONES PARA DUCHA EN VIDRIO TEMPLADO 8MM BISELADO Y SANDBLASTING INCLUYE HERRAJES Y ACCESORIOS EN ACERO INOXIDABLE PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	M2	$ 405.585,00		$ -
	18. OBRAS GENERALES				
18.1	CERRAMIENTO EN MALLA ESLABONADA CALIBRE 10" PVC ENCAUCHETADA H=2M, INCLUYE MAMPOSTERIA, ALFAJIA PISAMALLA, ALAMBRE DE PUAS Y CONCERTINA.	M2	$ 413.575,00		$ -
18.2	PUERTA EN MALLA ESLABONADA INCLUYE SOLDADURA, BISAGRAS, TUBERIA ESTRUCTURAL, PINTURA Y TODO LO NECESARIO PARA SU CORRECTA EJECUCION.	M2	$ 291.704,00		$ -
	1G. INFRAESTRUCTURA				
19.1	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE EXTRACTOR 14 X 14 CM	UND	$ 173.929,00		$ -
	20. ASEO GENERAL				

20.1	ASEO GENERAL INTERIOR Y EXTERIOR, FINAL DE OBRA	M2	$ 4.000,00		$ -
20.2	RETIRO DE SOBRANTES FUERA DE LA UNIDAD	M3	$ 42.280,00		$ -
TOTAL					$ 46.71G.536,07
	ADMINISTRACION		18%		$ 8.409.516,49
	IMPREVISTOS		1%		$ 467.195,36
	UTILIDAD		4%		$ 1.868.781,44
	IVA/UTILIDAD		19%		$ 355.068,47
	TOTAL, PRESUPUESTO				$ 57.820.0G7,84

- **Avance financiero y económico**

Valor del Contrato	$ 771.082.832,70	100%	n/a
Pago anticipo	n/a	0	n/a
% ejecución a la fecha	$ 57.820.097,84	7.50%	No tramitado

- **Avance legal del contrato de obra**

AMPARO	VIGENCIA		VALOR SEGURADO	EMPRESA	No. PÓLIZA
	DESDE	HASTA			
CUMPLIMIENTO	21/07/2026	22/03/2027	$231,324,849.81	SEGUROSDEL ESTADO S.A.	33-44-101277745
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	21/07/2026	21/11/2029	$38,554,141.64		
CALIDAD DEL SERVICIO	5 AÑOS	5 AÑOS	$154,216,566.54		
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	21/07/2026	21/11/2026	$350,181,000.00		33-40-101091528

Inventario de materiales, herramienta y equipos desde el 22 hasta el 31 de julio

INGRESO DE MATERIALES DESDE 22 HASTA 31 DE JULIO		
DESCRIPCION	**UNIDAD**	**CANTIDAD**
Bloque H5	und	400
varilla 1/2" (barra corrugada 6m)	und	14
flejes 3/8 (8x20)	und	80
Alambre negro	Kg	50
Tabla burra (0,30x3m)	und	6
Puntilla 2-1/2"	Lb	2
Cemento gris Cemex (50kg)	Blt	50
Arena de peña (6m3)	Viaje	1
Arena de rio (6m3)	Viaje	1
Grava de 1/2" (6m3)	Viaje	1
Pintura 3 en 1 blanca	Gal.	67
Pintura 3 en 1 negro	Gal.	1
Thinner	Gal.	31
Rodillo felpa 3"	und	6
Brocha de 2"	und	4
Pliego de lija	und	6
Cielo raso PVC (9mm)	M2	345
Icopor (5cm)	M2	140

INGRESO DE HERRAMIENTA Y EQUIPOS DESDE 22 HASTA 31 DE JULIO		
DESCRIPCION	**UNIDAD**	**CANTIDAD**
Mezcladora eléctrica	und	1
Arne de seguridad	und	2
Eslinga tipo Y	und	2
Cascos azules	und	4
Cascos blancos tipo safari	und	2
Gafas transparentes	und	12
Guantes de baqueta	pares	6
Tapa oídos	pares	6
Compresor	und	1
Nivel laser	und	1
Tronzadora	und	1
Extensión eléctrica	ml	50
Hidro lavadora	und	1
Manguera riego 1/2"	ml	100
Carretilla	und	1
Palas	und	2
balde de construcción	und	2
Herramienta de mano		

RELACIÓN DEL PERSONAL		
Cargo	**Nombre Y Apellidos**	**Identificación**
Gerente financiero	Harold Andrés Rodríguez Marín	C.c. 1.014.250.565
Residente de obra	Jose Guillermo Rueda Cespedes	C.c. 1.069.924.769
Profesional sst	Paula Ximena Lujan Rodríguez	C.c. 1.069.765.412
Maestro	Jose Esmir Molina Ardila	C.c. 1.050.066.526
Oficial	Segundo Leónidas Landazury Quiñones	C.c. 87.433.167
Auxiliar de obra	Kenny Yahir Rangel Zuleta	C.c. 1.065.569.484
Auxiliar de obra	Jhon Ledher Molina Ardila	C.c. 1.050.067.613

REGISTRO FOTOGRAFICO		
1. PRELIMINARES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1.1 DESMONTE CUBIERTAS	M2	113.2
UBICACIÓN: - CARPINTERIA		



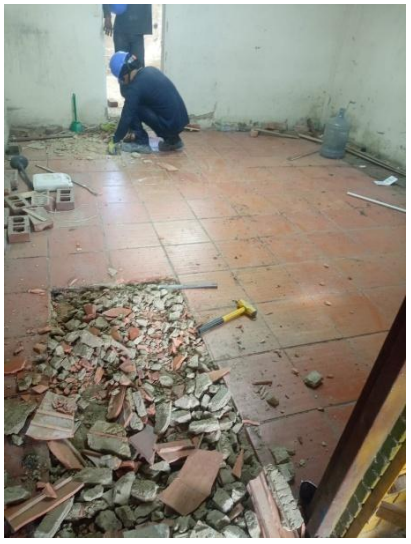


1. PRELIMINARES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1.2 DEMOLICIÓN DE MUROS EN BLOQUE / LADRILLO / DRY WALL, DINTELES. INCLUYE RETIRO DEL MATERIAL	M2	9.63
UBICACIÓN: - CARPINTERIA		





1. PRELIMINARES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1.3 DEMOLICION DE ENCHAPE DE PISOS, PAREDES, GUARDAESCOBAS.	M2	44,76
UBICACIÓN: - CARPINTERIA		





1. PRELIMINARES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1.4 DESMONTE DE APARATOS SANITARIOS, LAVAMANOS, ORINALES Y DIVISIONES DE DUCHAS Y TODOS SUS ACCESORIOS, INCLUYE ACARREO DE ELEMENTOS DESMONTADOS	UND	3

UBICACIÓN: - CARPINTERIA





1. PRELIMINARES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1.5 DESMONTE DE PUERTAS O VENTANAS (INCLUYE MARCOS, VIDRIOS, ANGEOS, ETC)	M2	24,88

UBICACIÓN:





1. PRELIMINARES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1.8 DESMONTE DE CIELORRASO. INCLUYE DESMONTE DE ESTRUCTURA	M2	117

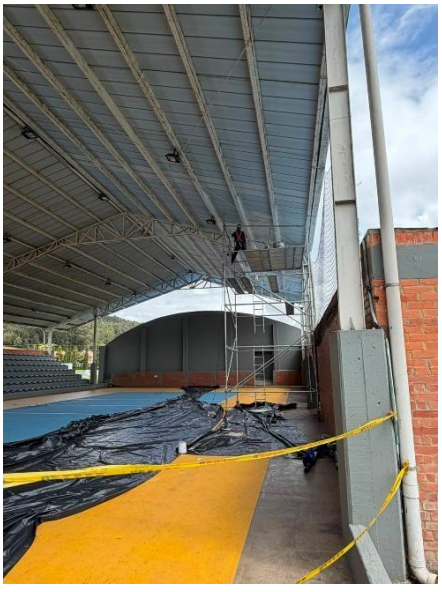
UBICACIÓN: - EDIFICIO CALIMA



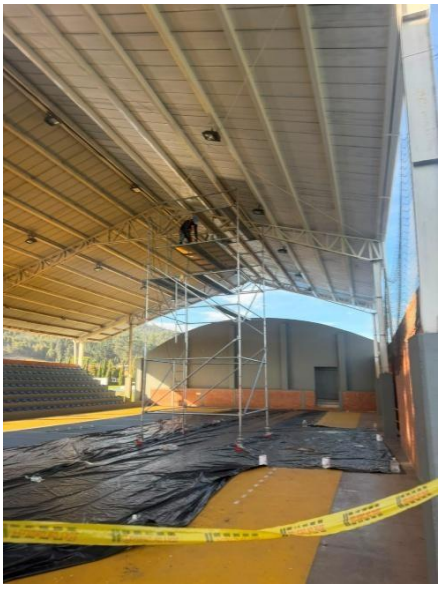


10. CUBIERTAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
10.2 LIMPIEZA MANUAL-MECÁNICA TIPO SSPC SP1; SSPC SP2 Y SSPC SP3 PARA ESTRUCTURA METÁLICA DE CUBIERTA DE CONSTRUCCIÓN EXISTENTE. INLCUYE SISTEMA DE RECUBRIMIENTO PARA LA ESTRUCTURA METÁLICA MEDIANTE IMPRIMANTE EPÓXICO FOSTATO DE CINC TIPO SIKA O SIMILAR Y/O BARNIZ QDS	M2	582

UBICACIÓN: - POLIDEPORTIVO







Conclusiones y Recomendaciones del Supervisor y/o Interventor	
N/A	
Nota: (en caso de presentar anexos con el informe enúncielos y adjúntelos a este documento)	
JOSE GUILLERMO RUEDA CESPEDES RESIDENTE DE OBRA	
Contratista	**Firma**

INFORME MENSUAL S.S.T

JULIO
2026

PROYECTO:

MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y MEJORATIVO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES “CT. ANDRÉS M. DÍAZ”

CONTRATISTA:	GEMZA S.A.S
INTERVENTORÍA:	MY. JORGE ROBERTO SÁNCHEZ REYES
CONTRATO:	022-00-K-ESUFA-GRUAL-2026
OBJETO DEL CONTRATO:	MANTENIMIENTO PREVENTIVO, CORRECTIVO Y MEJORATIVO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES “CT. ANDRÉS M. DÍAZ”
PERIODO INFORME:	21 AL 31 DE JULIO 2026
RESPONSABLE DEL INFORME	PAULA XIMENA LUJAN RODRIGUEZ

CHARLAS Y CAPACITACIONES AMBIENTALES

En este periodo se trataron diferentes temas en charlas y capacitaciones AMBIENTALES las cuales se relacionan a continuación.

ANEXO	FECHA	TEMA	# ASISTENTES
ANEXO 1	27/07/2026 HORA: 07:30 am	Cuidado del medio ambiente	04

CONTROL OPERATIVO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Se adjunta planilla de seguridad social correspondiente al mes FEBRERO del personal correspondiente.

ANEXO	NOMBRE DEL FORMATO
ANEXO 2.	SEGURIDAD SOCIAL PERSONAL

INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO

Dando cumplimiento al Decreto 1072 de 2015 y Resolución 1401 de 2007, se realizan las investigaciones de los Incidentes y Accidentes de Trabajo con el fin de establecer mecanismos de prevención y acciones correctivas y preventivas que permitan evitar y controlar nuevos eventos similares.

FECHA	INCIDENTE/ ACCIDENTE	NOMBRE DEL TRABAJADOR	DESCRIPCIÓN	ACCIONES DE CIERRE	ENCARGADO DEL CIERRE

Para el mes de julio no se presentaron accidentes ni incidentes.

INDICADORES

Se anexan indicadores de ausentismo y accidentalidad correspondiente al mes de julio 2026.

ANEXO	NOMBRE DEL FORMATO
ANEXO 3.	INDICADORES DE AUSENTISMO MES FEBRERO

PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

Desarrollar actividades de prevención y preparación de todo el personal vinculado al centro de trabajo GEMZA S.A.S. y que desarrollan actividades en el frente de obra, con el fin de mitigar los efectos producidos por una emergencia o accidente que comprometa la integridad física del personal, las instalaciones, las comunidades vecinas y el entorno natural.

RECURSOS TÉCNICOS

INSUMO	CANTIDAD	UBICACIÓN
Camillas	1	ESCUADRÓN TECNOLÓGICO ESUFA-GRUAC
Inmovilizadores	1	ESCUADRÓN TECNOLÓGICO ESUFA-GRUAC
Botiquín	1	ESCUADRÓN TECNOLÓGICO ESUFA-GRUAC
Ruta de evacuación	2	ESCUADRÓN TECNOLÓGICO ESUFA-GRUAC
Punto de encuentro	1	ESCUADRÓN TECNOLÓGICO ESUFA-GRUAC
¿Otros? Cuales: Sistema de alarma (Pitos)	1	ESCUADRÓN TECNOLÓGICO ESUFA-GRUAC

RECURSOS HUMANOS – BRIGADAS DE EMERGENCIA

Para brindar respuesta a las emergencias que se puedan presentar durante la ejecución de las actividades la empresa cuenta con los siguientes brigadistas los cuales están distribuidos en la obra.

BRIGADISTAS DE EMERGENCIAS Fecha de conformación de brigada: julio 2025				
N°	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**CARGO**	**CELULAR**	**UBICACIÓN**
1	HENRY ANDRADE	Brigadista Principal	3164410527	MADRID
2	PEDRO VARGAS	Sub-Brigadista	3108557565	MADRID

CHARLAS Y CAPACITACIONES EN SG-SST

En este periodo se trataron diferentes temas en charlas y capacitaciones SST las cuales se relacionan a continuación.

ÍTEM	FECHA	TEMA	# ASISTENTES
1	21/07/2026	Accesos peatonales seguros.	5
2	22/07/2026	Tareas de alto riesgo.	5
3	23/07/2026	Estilos de vida saludable.	5
4	24/07/2026	Riesgo eléctrico.	5
5	25/07/2026	acciones seguras.	3
6	26/07/2026	Orden y aseo.	2
7	27/07/2026	Cuidado del medio ambiente.	5
8	28/07/2026	Tareas de alto riesgo.	5
9	29/07/2026	Importancia del uso de EPP.	5
10	30/07/2026	Riesgo eléctrico	4
11	31/07/2026	Riesgo mecanico	5
12	Diario	Pausas Activas	5

ANEXO	NOMBRE DEL FORMATO
ANEXO 4.	CHARLAS, CAPACITACIONES Y PAUSAS ACTIVAS MES FEBRERO

INSPECCIONES DE SEGURIDAD

En estas inspecciones se observa en forma sistemática el comportamiento de las personas y las condiciones de los puestos de trabajo, instalaciones locativas, instalaciones eléctricas, procesos productivos o constructivos, estado y funcionamiento de la maquinaria y equipo, estado y uso de herramientas manuales, eléctricas y mecánicas; con el objetivo de verificar el cumplimiento de los requisitos legales, políticas, estándares, normas y procedimientos.

ÍTEM	FECHA	INSPECCIÓN
1	1 semanal (2 mensual)	Inspección de herramientas
4	1 semanal (2 mensual) por pulidora	Inspección pulidora
6	1 semanal (4 mensual)	Inspección de EPP

ANEXO	NOMBRE DEL FORMATO
ANEXO 5.	INSPECCIONES DE SEGURIDAD

PRE OPERACIONALES DE HERRAMIENTAS, EQUIPOS, MAQUINARIA, VEHÍCULOS, ENTRE OTROS.

Se realiza con el objetivo de prevenir daños o accidentes que puedan ocasionar perdidas humana y materiales.

EQUIPO INSPECCIONADO	No. INSPECCIONES
Herramienta menor	1 semanal
Pulidora con disco de lija.	Diaria
TOTAL DE INSPECCIONES REALIZADAS	**2**

ANEXO	NOMBRE DEL FORMATO
ANEXO 6.	INSPECCIONES DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

MECANISMOS DE COMUNICACIÓN PARTICIPACIÓN Y

CONSULTA COPASST – VIGÍA

Dando cumplimiento a la Resolución 2013 de 1986, el comite no se ha reunido puesto que no se han presentado casos o temas de importancia y este se basa en el tiempo del contrato y obra.

COMITÉ DE CONVIVENCIA DE LABORAL

Dando cumplimiento a la Ley 1010 de 2006 y Resolución 652/2012 adjuntamos acta

de conformación y actas de reunión de comité de convivencia laboral.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL – SUMINISTRO Y USO

Se anexan registros de reposición e inspección de EPP entregados en el mes de febrero.

ANEXO	NOMBRE DEL FORMATO
ANEXO 6.	REGISTRO DE ENTREGA DE EPPS JULIO

TAREAS DE ALTO RIESGO

Las tareas de alto riesgo son todas las actividades que por su naturaleza o lugar donde se realiza, implica la exposición o intensidad mayor a las normalmente presentes en la actividad rutinaria a las cuales pueden causar accidentes laborales y en muchas ocasiones, mortales.

En el proyecto se realizan tareas de alto riesgo, por ende, se realizan permisos de trabajo con coordinador de alturas según lo establecido legalmente, como se evidencia a continuación:

TIPO DE PERMISO	CANTIDAD
ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO (ATS)	10
PERMISOS DE TRABAJO EN EXCAVACION	0
PERMISO DE TRABAJO EN CALIENTE	0
PERMISO TRABAJO EN ALTURA	2
PERMISO DE TRABAJO CON ELECTRICIDAD	0
TOTAL, DE PERMISOS REALIZADOS	**12**

TAREAS DE ALTO RIESGOS	SI	NO	# TRABAJADORES EXPUESTOS
Trabajo en alturas	X		1
Trabajo en caliente		X	0
Trabajo con energías peligrosas		X	0
Trabajo en excavaciones		X	0

Trabajo en alturas	X		1
Trabajo en caliente		X	0
Trabajo con energías peligrosas		X	0
Análisis de trabajo seguro	X		4

ANEXO	NOMBRE DEL FORMATO
ANEXO 7.	PERMISOS DE TRABAJO

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO:

Se hace entrega de dotación al personal: casco, guantes nitrilo y guantes anticorte, gafas, protección auditiva de inserción, tapabocas, capacitaciones correspondientes al sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo, así mismo inspecciones y cuidados para evitar incidentes y accidentes en obra. Se anexa a continuación las evidencias fotográficas de las actividades realizadas en el proyecto.
Otras actividades que se presentaron en el presente periodo en materia de seguridad y salud en el trabajo son los siguientes:

- Se realiza acompañamiento a ingresos de material.
- Se seguimiento de salida de material (escombro)
- Se realiza jornada de aseo general en la obra y áreas sanitarias diarias.
- Demarcación y señalización de zonas intervenidas

VER ANEXOS Correspondientes al mes de julio, anexo Registro Fotográfico:

GEMZA	GEMZA S.A.S.	SST-FR-74 VERSION 1
	INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	HOJA 1 DE 2
		FECHA: 31/07/2026

SEÑALIZACIÓN





JORNADAS DE ASEO









GEMZA	GEMZA S.A.S.	SST-FR-74 VERSION 1
	INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	HOJA 1 DE 2
		FECHA: 31/07/2026

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
	

ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES EN OBRA	
	
	

GEMZA	GEMZA S.A.S.	SST-FR-74 VERSION 1
	INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	HOJA 1 DE 2
		FECHA: 31/07/2026

GEMZA	GEMZA S.A.S.	SST-FR-74 VERSION 1
	INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	HOJA 1 DE 2
		FECHA: 31/07/2026













CHARLAS Y PAUSAS EN EL TRABAJO













INGRESO DE MATERIAL Y HERRAMIENTA







GEMZA	GEMZA S.A.S.	SST-FR-74 VERSION 1
	INFORME DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	HOJA 1 DE 2
		FECHA: 31/07/2026









PRESENTADO POR:

Paula Lujan R.

PAULA XIMENA LUJAN RODRIGUEZ
RESIDENTE SST

CERTIFICACION DE PARAFISCALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 72.345.315 en mi condición de representante legal de GEMZA S.A.S identificada con NIT 901.552.735-1, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (*artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983),* pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

En constancia, se firma en Bogotá D.C, a los 21 días del mes de julio de 2026.

_____

ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ
C.C 72.345.315
REPRESENTANTE LEGAL
GEMZA S.A.S

Carrera 15 # 88-21 Of 702
Bogotá D.C
3225117651


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
87.433.107
LANDAZURY QUIÑONES
SEGUNDO LEONIDAS
Segundo L.


FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1973
BARBACOAS
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.79
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
07-FEB-1994 BARBACOAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-0720400-00885101-M-0087433107-20170224
0053874359A 1
42006179

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901552735-1 - GEMZA SAS

Paciente	SEGUNDO LEONIDAS LANDAZURY QUIÑONES	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	87433107	Fecha	18 julio 2026
Edad	53 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Soltero(a)	Nivel de Estudio	Primaria
Dirección	DIAGONAL 49 # 52C 86 SUR	Ocupación	OFICIAL DE OBRA
Sector Economico	CONSTRUCCION	EPS	SALUD TOTAL
AFP	PORVENIR	ARL	SURA



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 18 julio 2026

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

SEGUNDO LEONIDAS LANDAZURY QUIÑONES

CC: 87433107
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

INSTITUCION EDUCATIVA TSA S.A.S NIT 901.731.244-5

LICENCIA SST RESOLUCION NO 31246 DE 05 DE FEBRERO DE 2026
AVALADO POR LA RESOLUCION 4272DE 2021 DEL MINISTERIO DE TRABAJO
NUMERO DE APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO NO 08SE2026220000000028390
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NO CO26.00215 NTC 6072:2014 CODIGO DE ACREDITACION ONAC 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEGUNDO LEONIDAS LANDAZURY QUIÑONEZ

Cédula de ciudadanía Nº 87433107

EMPRESA: GEMZA S.A.S.
NIT: 901552735-1
R. LEGAL: ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ, con documento 72345315
ARL: SURA

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Con una intensidad de 8 horas

Realizado en Bogotá del (18) del mes de julio de 2026 al (18) del mes de julio de 2026 con una intensidad de 8 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (18) del mes de julio de 2026

SAMIR ESTEBAN BARRANGO MUÑOZ
REPRESENTANTE LEGAL

SAMIR ESTEBAN BARRANCO
GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALU EN EL TRABAJO
25-0265 DE 2025

3235

Medellín, 18 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 GEMZA S.A.S. ZOMAC.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C87433107	LANDAZURY QUIÑONES SEGUNDO LEONIDAS	22/07/2026		13814212	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 18/07/2026 00:59:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.40.52, 45.223.5.4, 172.16.42.57


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
RANGEL ZULETA
NUIP 1.065.569.484
Nombres
KENNY YAHAIR
Nacionalidad
COL
Estatura
1.68
Sexo
M
06 MAYO 1988
O+
VALLEDUPAR (CESAR)
VALLEDUPAR
Fecha de expedición
18 ABR 2033


02184501 3
ICCOL021845013612001<<<<<<<<<<<<
8605065M3304189COL1065569484<4
RANGEL<ZULETA<<KENNY<YAHAIR<<<

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901552735-1 - GEMZA SAS

Paciente	KENNY YAHAIR RANGEL ZULETA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1065569484	Fecha	18 julio 2026
Edad	40 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Soltero(a)	Nivel de Estudio	Bachiller
Dirección	CRA 20#35A-20 SUR	Ocupación	AYUDANTE DE OBRA
Sector Economico	CONSTRUCCION	EPS	CAJACOPI
AFP	PORVENIR	ARL	SURA



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 18 julio 2026

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

KENNY YAHAIR RANGEL ZULETA

CC: 1065569484
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

INSTITUCION EDUCATIVA TSA S.A.S NIT 901.731.244-5

LICENCIA SST RESOLUCION NO 31246 DE 05 DE FEBRERO DE 2026
AVALADO POR LA RESOLUCION 4272DE 2021 DEL MINISTERIO DE TRABAJO
NUMERO DE APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO NO 08SE2026220000000028390
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NO CO26.00215 NTC 6072:2014 CODIGO DE ACREDITACION ONAC 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

KENNY YAHAIR RANGEL ZULETA

Cédula de ciudadanía Nº 1065569484

EMPRESA: GEMZA S.A.S.
NIT: 901552735-1
R. LEGAL: ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ, con documento 72345315
ARL: SURA

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Con una intensidad de 8 horas

Realizado en Bogotá del (18) del mes de julio de 2026 al (18) del mes de julio de 2026 con una intensidad de 8 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (18) del mes de julio de 2026

SAMIR ESTEBAN BARRANGO MUÑOZ
REPRESENTANTE LEGAL

SAMIR ESTEBAN BARRANCO
GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALU EN EL TRABAJO
25-0265 DE 2025

3233

Medellín, 18 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 GEMZA S.A.S. ZOMAC.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1065569484	RANGEL ZULETA KENNY YAHAIR	22/07/2026		19002451	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 18/07/2026 01:08:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.40.52, 45.223.5.4, 172.16.42.57



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.050.067.613
MOLINA ARDILA
APELLIDOS
JOHN LEDHER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1995
SAN MARTIN DE LOBA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

10-ENE-2014 SAN MARTIN DE LOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0508200-00688114-M-1050067613-20150417 0043927302A 1 41545138

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901552735-1 - GEMZA SAS

Paciente	JHON LEDHER MOLINA ARDILA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1050067613	Fecha	18 julio 2026
Edad	31 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Unión Libre	Nivel de Estudio	Primaria
Dirección	CALLE 49A SUR #28-61	Ocupación	AYUDANTE DE OBRA
Sector Economico	CONSTRUCCION	EPS	NUEVA EPS S.A.
AFP	PORVENIR	ARL	SURA



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 18 julio 2026

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

JHON LEDHER MOLINA ARDILA

CC: 1050067613
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

INSTITUCION EDUCATIVA TSA S.A.S NIT 901.731.244-5

LICENCIA SST RESOLUCION NO 31246 DE 05 DE FEBRERO DE 2026
AVALADO POR LA RESOLUCION 4272DE 2021 DEL MINISTERIO DE TRABAJO
NUMERO DE APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO NO 08SE2026220000000028390
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NO CO26.00215 NTC 6072:2014 CODIGO DE ACREDITACION ONAC 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

JOHN LEDHER MOLINA ARDILA

Cédula de ciudadanía Nº 1050067613

EMPRESA: GEMZA S.A.S.
NIT: 901552735-1
R. LEGAL: ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ, con documento 72345315
ARL: SURA

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Con una intensidad de 8 horas

Realizado en Bogotá del (18) del mes de julio de 2026 al (18) del mes de julio de 2026 con una intensidad de 8 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (18) del mes de julio de 2026

SAMIR ESTEBAN BARRANGO MUÑOZ
REPRESENTANTE LEGAL

SAMIR ESTEBAN BARRANCO
GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALU EN EL TRABAJO
25-0265 DE 2025

3234

Medellín, 18 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 GEMZA S.A.S. ZOMAC.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1050067613	MOLINA ARDILA JOHN LEDHER	22/07/2026		16422715	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 18/07/2026 01:00:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.40.52, 45.223.5.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.050.066.526
MOLINA ARDILA
JOSE ESMIR
JOSE ESMIR MOLINA. A.


FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-1992
SAN MARTIN DE LOBA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
07-JUL-2010 SAN MARTIN DE LOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901552735-1 - GEMZA SAS

Paciente	JOSE ESMIR MOLINA ARDILA	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1050066526	Fecha	18 julio 2026
Edad	34 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Unión Libre	Nivel de Estudio	Bachiller
Dirección	CALLE 55 A SUR #33A-41	Ocupación	OFICIAL DE OBRA
Sector Economico	CONSTRUCCION	EPS	FAMISANAR
AFP	COLFONDOS	ARL	SURA



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

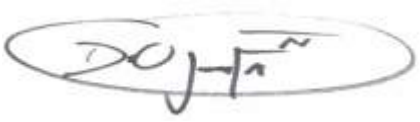
Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 18 julio 2026

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN



OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

JOSE ESMIR MOLINA ARDILA

CC: 1050066526
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

INSTITUCION EDUCATIVA TSA S.A.S NIT 901.731.244-5

LICENCIA SST RESOLUCION NO 31246 DE 05 DE FEBRERO DE 2026
AVALADO POR LA RESOLUCION 4272DE 2021 DEL MINISTERIO DE TRABAJO
NUMERO DE APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO NO 08SE2026220000000028390
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NO CO26.00215 NTC 6072:2014 CODIGO DE ACREDITACION ONAC 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

JOSE ESMIR MOLINA ARDILA

Cédula de ciudadanía Nº 1050066526

EMPRESA: GEMZA S.A.S.
NIT: 901552735-1
R. LEGAL: ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ, con documento 72345315
ARL: SURA

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Con una intensidad de 8 horas

Realizado en Bogotá del (18) del mes de julio de 2026 al (18) del mes de julio de 2026 con una intensidad de 8 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (18) del mes de julio de 2026

SAMIR ESTEBAN BARRANGO MUÑOZ
REPRESENTANTE LEGAL

SAMIR ESTEBAN BARRANCO
GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALU EN EL TRABAJO
25-0265 DE 2025

3230

Medellín, 18 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 GEMZA S.A.S. ZOMAC.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1050066526	MOLINA ARDILA JOSE ESMIR	22/07/2026		25060823	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 18/07/2026 01:02:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.40.52, 45.223.5.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.069.924.769

RUEDA CESPEDES
APELLIDOS

JOSE GUILLERMO
NOMBRES

Jose Guillermo F



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1991

ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

23-FEB-2009 NILO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1517800-00165477-M-1069924769-20090731 0014294713A 1 25872137

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901552735-1 - GEMZA SAS

Paciente	JOSE GUILLERMO RUEDA CESPEDES	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1069924769	Fecha	18 julio 2026
Edad	35 años	Genero	Masculino
Estado Civil	Unión Libre	Nivel de Estudio	Profesional / Pregrado
Dirección	MZ A CASA 11 BARRIO EL RECREO	Ocupación	RESIDENTE DE OBRA
Sector Economico	CONSTRUCCION	EPS	NUEVA EPS S.A.
AFP	COLFONDOS	ARL	SURA



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 18 julio 2026

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

JOSE GUILLERMO RUEDA CESPEDES

CC: 1069924769
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

INSTITUCION EDUCATIVA TSA S.A.S NIT 901.731.244-5

LICENCIA SST RESOLUCION NO 31246 DE 05 DE FEBRERO DE 2026
AVALADO POR LA RESOLUCION 4272DE 2021 DEL MINISTERIO DE TRABAJO
NUMERO DE APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO NO 08SE2026220000000028390
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NO CO26.00215 NTC 6072:2014 CODIGO DE ACREDITACION ONAC 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

JOSE GUILLERMO RUEDA CESPEDES

Cédula de ciudadanía Nº 1069924769

EMPRESA: GEMZA S.A.S.
NIT: 901552735-1
R. LEGAL: ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ, con documento 72345315
ARL: SURA

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Con una intensidad de 8 horas

Realizado en Bogotá del (18) del mes de julio de 2026 al (18) del mes de julio de 2026 con una intensidad de 8 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (18) del mes de julio de 2026

SAMIR ESTEBAN BARRANGO MUÑOZ
REPRESENTANTE LEGAL

SAMIR ESTEBAN BARRANCO
GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALU EN EL TRABAJO
25-0265 DE 2025

3232

Medellín, 18 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 GEMZA S.A.S. ZOMAC.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1069924769	RUEDA CESPEDES JOSE GUILLERMO	22/07/2026		1912212e	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 18/07/2026 01:13:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.40.52, 45.223.5.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.069.765.412**

LUJAN RODRIGUEZ
APELLIDOS

PAULA XIMENA
NOMBRES

Paula Lujan R.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

19-DIC-2016 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-[illegible]-00883435-F-1069765412-20170216 **00536**44874A 1 48075523

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Cundinamarca, Bogotá DC.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901552735-1 - GEMZA SAS

Paciente	PAULA XIMENA LUJUAN RODRIGUEZ	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1069765412	Fecha	18 julio 2026
Edad	28 años	Genero	Femenino
Estado Civil	Unión Libre	Nivel de Estudio	Profesional / Pregrado
Dirección	CALLE 6 SUR #23-185	Ocupación	SST
Sector Economico	CONSTRUCCION	EPS	FAMISANAR
AFP	PORVENIR	ARL	N/A



Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto	Énfasis
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 18 julio 2026

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASÍ COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCIÓN

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

PAULA XIMENA LUJUAN RODRIGUEZ

CC: 1069765412
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

INSTITUCION EDUCATIVA TSA S.A.S NIT 901.731.244-5

LICENCIA SST RESOLUCION NO 31246 DE 05 DE FEBRERO DE 2026
AVALADO POR LA RESOLUCION 4272DE 2021 DEL MINISTERIO DE TRABAJO
NUMERO DE APROBACION POR EL MINISTERIO DE TRABAJO NO 08SE2026220000000028390
BUREAU VERITAS CERTIFICATION NO CO26.00215 NTC 6072:2014 CODIGO DE ACREDITACION ONAC 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

PAULA XIMENA LUJAN RODRIGUEZ

Cédula de ciudadanía Nº 1069765412

EMPRESA: GEMZA S.A.S.
NIT: 901552735-1
R. LEGAL: ALVARO ALFONSO MAESTRE CRUZ, con documento 72345315
ARL: SURA

CURSÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO 4272

Con una intensidad de 8 horas

Realizado en Bogotá del (18) del mes de julio de 2026 al (18) del mes de julio de 2026 con una intensidad de 8 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (18) del mes de julio de 2026

SAMIR ESTEBAN BARRANGO MUÑOZ
REPRESENTANTE LEGAL

SAMIR ESTEBAN BARRANCO
GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALU EN EL TRABAJO
25-0265 DE 2025

3231

Medellín, 18 de July de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 GEMZA S.A.S. ZOMAC.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1069765412	LUJAN RODRIGUEZ PAULA XIMENA	22/07/2026		25321294	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 18/07/2026 01:15:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.40.52, 45.223.5.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013029143

9013029143

No. de Radicación SAT: 30857269

Fecha de Radicación: 04 08 2026

I. DATOS DEL TRAMITE

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	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación B. Traslado de Novedades X	A. Individual B. Cabeza de la cadena de familia X C. Beneficiario o afiliado adicional D. Corporativo E. Institucional F. Servicio	A. Contributivo X B. Subsidiado	SI NO	A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NIÑO	ARAQUE	CRISTIAN	DAVID

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1073171477	Femenino / Masculino X	F / M / Otro / Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				10 D 06 M A 1996 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal / Rural Disperso / Centro Poblado / Resto Rural — Zona

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

27. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino / Masculino	F / M / Otro / Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				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
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino / Masculino	40. Sexo identificación F / M / Otro / Cual	41. Lugar de nacimiento País / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
01							
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN SI / NO	48. Clasificación SISBEN Nivel / Grado	49. Discapacidad SI / NO / Cual	50. Incapacidad permanente SI / NO
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona Cabecera Municipal / Rural Disperso / Centro Poblado / Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01					
02					
03					
04					
05					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
01	
02	
03	
04	
05	

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)
GEMZA SAS ZOMAC	NT	901552735	
59. Dirección: CL 10 3 23	60. Teléfono: 31147059		61. Municipio / Ubicación: SILVANIA — 62. Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

64. 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. 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 X
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 traslado de población al usuario ☐
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

65. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	66. Sexo biológico	67. Sexo identificación	68. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ Otro ☐ Cual	D D M M A A A A

69. EPS anterior	70. Fecha de novedad	71. Motivo de traslado	72. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04 08 2026	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 excelencia 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 información 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 vivienda 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

Cristian Niño

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — 81. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de EPS-S

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	NC	TOTAL ANEXOS
Cantidad									

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 Decreto 780 de 2016
90. Certificación de actualización 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	96. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: B. REPORTE DE NOVEDADES X
2. TIPO DE AFILIACIÓN: X
3. RÉGIMEN: A. Contributivo X
4. COTIZANTE SOLIDARIO: NO X
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante X
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente X
7. CÓDIGO: A1380

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MOLINA	ARDILA	ARLEY	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085044624
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA · BOLIVAR · SAN MARTIN DE LOBA
15. FECHA NACIMIENTO: 02 · 08 · 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. DISCAPACIDAD: NO X
18. TIENE ENCUESTA SISBEN: NO X
22. AFP: PROTECCIÓN
23. IBC: $1,750,905.00
24. AFP (sic: ARL): SURA
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA – DIRECCIÓN: CL 6 23 137
TELÉFONO CELULAR: 3102101010
CORREO ELECTRÓNICO: ARLEYMOLINA@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: BOLIVAR
MUNICIPIO/DISTRITO: SAN MARTIN DE LOBA
ZONA: X
IPS: 2713

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES

Nombre o razón social	Tipo documento	Número del documento de identificación
GEMZA S.A.S.	X	901552735

Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Departamento	Municipio
CR 15 88 21 OF 702 TO UNIKA	3225117651	GEMZASASA@GMAIL.COM	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

8. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR X

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

66. FECHA DE NOVEDAD: 04 · 08 · 2026

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

76. X
X

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

X. FIRMAS

Arley Molina

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

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

XI. ANEXOS

XII. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

XIII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

OBSERVACIONES

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 00016 mayo de 2013)

Yo, ARLEY MOLINA ARDILA identificado (a) con CC número 1085044624 de SAN MARTIN DE LOBA, certifico que:

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☐ NO☐
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI☐ NO☐
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☐ NO☐
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI☐ NO☐
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI☐ NO☐

Así mismo autoriza a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3102101010
y/o correo electrónico: ARLEYMOLINA@GMAIL.COM
SI☐ NO☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☐ NO☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI☐ NO☐

Declaración juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,
Firma: Arley Molina
Tipo ID: CC No. ID: 1085044624
Fecha de Solicitud: 04/08/2026
Dirección: CL 6 23 137
Tel: 3102101010 Municipio: SAN MARTIN DE LOBA
Departamento: BOLIVAR
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informa sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 489 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 3

Si (la) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	VALOR PARA EL COTIZACIÓN	APORTE VOLUNTARIO PROPIO	SI / NO	PERTENECE AL RÉGIMEN SOLIDARIO	SI / NO
	SURA	PROTECCIÓN	1750905				

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐ Preescolar ☐ Básica Primaria ☐ Básica Secundaria (Bachillerato Básico) ☐ Media Técnica (Bachillerato Técnico) ☐ Técnico Profesional ☐ Tecnológico ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Última Grado Aprobado _____

Protección Ocupacional ☐ Patrono/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabajo por su Cuenta ☐

Inicio Contrato _____ Fin Contrato _____

NOTA IMPORTANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE CONTRATISTA: RECUERDE QUE MEDIANTE LA FIRMA DE LA PLANILLA UNICA DE PAGO APORTE DEL MOMENTO QUE DECIDA CONTINUAR CON LOS BENEFICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERARA MORA DESDE EL DIA SIGUIENTE AL VENCIMIENTO DE EL QUE INCURRE EN DEFECTO DE PAGO ART 3 DE DECRETO 1406 DE 1999

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE PAGO EFECTIVAMENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero _____ Tipo de Identificación: NIT ☐ R.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ Identificación del Tercero que realiza el Aporte _____ DV _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Elsa Florez Ropero	A1380		

SUCURSAL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIADO		3. SEDE
A. AFILIACIÓN	X	A. Cotizante	X	A. Contributivo
B. REPORTE DE NOVEDADES		B. Beneficiario		B. Subsidiado
		C. Adicional		C. Mixto
		D. Independiente		

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		5. TIPO DE AFILIADO		6. TIPO DE COTIZANTE		7. CÓDIGO
SI	NO	A. Cotizante	X	A. Dependiente	X	A1380
X		B. Cotizante de Pensión		B. Independiente		
		C. Beneficiario		C. Pensionado		
		D. Afiliado adicional				

II. AFILIACIÓN

1. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

2. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO: MOLINA	SEGUNDO APELLIDO: ARDILA	PRIMER NOMBRE: JOHN	SEGUNDO NOMBRE: LEDHER

8. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. SEXO	11. SEDE INSCRIPCIÓN	12. SEDE ADMINISTRACIÓN (Cual?)
CC	1050067613	X		X

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO				15. FECHA DE NACIMIENTO		
COLOMBIA	COLOMBIA	BOLIVAR	SAN MARTIN DE LOBA		04	11	1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. CONDICIÓN DISCAPACIDAD	18. DESPLAZADO SI	18. DESPLAZADO NO	19. TIENE CONYUGE SI	19. TIENE CONYUGE NO	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	GRUPO	CARPO	21. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL	22. ARL
6			X		X					SURA

23. AFP	24. IBC	25. VALOR CONTRIBUCIÓN VOLUNTARIA	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN
PORVENIR	$1,750,905.00	$0.00		CL 6 23 137

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
	3108856286	JOHNMOLINA@GMAIL.COM	DISTRITO CAPITAL

MUNICIPIO / DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA URBANA	ZONA RURAL	ZIP
BOGOTA		X		7139

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Diligenciar si corresponden al cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO	31. SEDE ADMINISTRACIÓN (Cual?)

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO		

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. PARENTESCO
31				
32				
33				
34				
35				

Datos complementarios del Beneficiario

	39. SEXO	40. NACIONALIDAD	41. Datos de residencia	ZONA			
31							
32							
33							
34							
35							

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	42. DIRECCIÓN	43. ZIP	44. CORREO ELECTRÓNICO	45. AFP	46.
31						
32						
33						
34						
35						

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE LOS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

48. Razón o nombre social	49. Tipo documento de identificación	50. Número del documento de identificación	51. Tipo de aportante (ver tabla anexa)
GEMZA S.A.S.	X	901552735	

52. Dirección		53. Teléfono	54. Correo electrónico	55. Departamento	56. Municipio
CR 15 88 21 OF 702 TO UNIKA		3225117651	GEMZASASA@GMAIL.COM	DISTRITO CAPITAL	BOGOTA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

57. TIPO DE NOVEDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		9. INGRESO POR TRASLADO ENTRE ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. RETIRO POR TRASLADO ENTRE ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
3. ACTUALIZACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN		11. RETIRO POR FALLECIMIENTO	
4. ACTUALIZACIÓN DE CONDICIONES DATOS COMPLEMENTARIOS		12. RETIRO DEL PERIODO DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
5. TERMINACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN LA EPS - CAMBIO		13. RETIRO DE LA CUENTA DE PENSIONADOS	
6. REPORTE DE FALTA AL PAGO DE UN TRABAJADOR		14. RETIRO DE LA CUENTA DE PENSIONADOS	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIO O DE AFILIADO ADICIONAL		15. RETIRO DE LA CUENTA DE PENSIONADOS	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIO O DE AFILIADO ADICIONAL		16. RETIRO DE LA CUENTA DE PENSIONADOS	

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO	63. SEDE ADMINISTRACIÓN (Cual?)						
64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	22	07	2026	67. MOTIVO DE TRASLADO			

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. Declaración de requerimientos económicos de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos están incluidos dentro del concepto de mi...	
70. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	
71. Declaración de existencia de reservas de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.	
72. Declaración de no internamiento en centros, cárcel en forma, semiprivativa o abierta administrado por una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
73. Autorización para que la EPS solicite y almacene datos y copias de los 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 a este régimen de conformidad a lo dispuesto en las normas vigentes y a las entidades estatales que así lo requieran.	
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Llamada Telefónica, Mensajería u otros medios, para recibir información relacionada con:	X
b) Autorizando para que la EPS me contacte con fines adicionales relacionados sobre la prestación de servicios de salud dentro de los límites establecidos en el "Reglamento del Régimen Contributivo" (RMC).	X
77. Aceptación de las condiciones para ofrecimiento de Participación Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las reglas de Contribución Solidaria, según la normativa del Sistema vigente.	

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. Si la persona que diligencia el formulario del cotizante no hace parte del grupo familiar, por favor indique cuál es el grupo de la Contribución Solidaria.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

X. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, adulto o cónyuge adicional	81. El empleador, aportante o representante de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
John Molina	

XI. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CC	CE	PEP	TI	RC	NV	PA	PEP	CD	SC	PE	Total		

83. Copia del certificado de la asignación permanente emitida por la autoridad competente.	
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, auto de reconocimiento o sentencia judicial que declare la unión marital.	
85. Copia de la resolución judicial o administrativa 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 defunción o acta de autoridad competente.	
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
88. Documento en el que conste la petición de afiliación del cotizante en el cual manifieste no pertenecer, por sus aportes o su actividad económica, a ninguno de los grupos de la Contribución Solidaria.	
89. Copia de la acreditación de renuncia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud conforme a lo establecido en el artículo 2.1.7.5 del Decreto 780 de 2016.	
90. Certificación de discapacidad a una entidad autorizada para realizar diligencias competentes.	
91. Otros documentos adicionales a los anteriormente señalados que sean exigidos a los beneficiarios o no exigidos a la afiliación de otros.	

Total Anexos

XI. ESPACIO A SER DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. Departamento de la entidad territorial	Código del Municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES				
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	97. FECHA DE VALIDACIÓN

OBSERVACIONES

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 830.130.514-5

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, JOHN LEDHER MOLINA ARDILA identificado (a) con CC número 1050067613 de SAN MARTIN DE LOBA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI [X] No [ ]
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI [X] No [ ]
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI [X] No [ ]
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI [X] No [ ]
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI [X] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3108856286
y/o correo electrónico: JOHNMOLINA@GMAIL.COM
SI [X] No [ ]
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI [X] No [ ]
Consulta la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI [X] NO [ ]

Declaración juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,
Firma: John Molina
Tipo ID: CC No. ID: 1050067613
Fecha de Solicitud: 04/08/2026
Dirección: CL 6 23 137
Tel: 3108856286 Municipio: BOGOTA
Departamento: DISTRITO CAPITAL
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informa sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 489 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 3

Si (la) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	NÚMERO PLANILLA DE COTIZACIÓN	APORTE VOLUNTARIO PROPIO	SI / NO	PROMOTOR AGROINDUSTRIAL	SI / NO
	SURA	PORVENIR	1750905				

Nivel de Escolaridad: Ninguno [ ] Secundaria [ ] Normalista [ ] Profesional [ ] Doctorado [ ] Preescolar [ ] Básica Primaria [ ] Básica Secundaria [ ] Técnico Profesional [ ] Tecnológico [ ] Especialización [ ] Maestría [ ] Última Grado Aprobado _____
Protección Ocupacional [ ] Patrono/Empleador [ ] Contratista [ ] Trabaja por su Cuenta [ ]
Inicio Contrato _____ Fin Contrato _____

NOTA IMPORTANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE CONTRATISTA: RECUERDE INFORMAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE LA EPS A PARTIR DEL MOMENTO QUE DEJE DE LABORAR CON LA ENTIDAD CONTRATANTE. EL NO HACERLO LE GENERARÁ MORA EN EL PAGO A PARTIR DEL MOMENTO EN EL QUE SURJA LA OBLIGACIÓN. (DECRETO 1703 DE 2002 ART. 15 Y DECRETO 1406 DE 1999)

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE PAGO EFECTIVAMENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero _____ Tipo de Identificación: NIT [ ] R.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] Identificación del Tercero que realiza el Aporte _____ DV _____

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Elsa Florez Ropero	A1380		

SOLICITUD

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013029153
9013029153

No. de Radicación de la EAT: 30857282

Fecha de Radicación: 04 08 2026

I. DATOS DEL 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	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
B. Traslado de Entidades: X	A. Individual: X	A. Contributivo: X		A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MOLINA	Segundo Apellido: ARDILA	Primer Nombre: JOSE	Segundo Nombre: ESMIR

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1050066526	Masculino: X		

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				25 D 05 M A 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		NO: X			

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.750.905	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal / Rural Dispersa / Centro Poblado / Resto Rural — Zona

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino / Masculino	T / NB / Otro / Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				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
01				
02				
03				
04				
05				

	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	T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	D D M M A A A A
01							
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
					SI / NO	Nivel / Grupo	SI / NO / Calificación especializada	SI / NO
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Dispersa	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (lo reporta la EPS)
01									
02									
03									
04									
05									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

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

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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)
GEMZA SAS ZOMAC	NT	901552735	

59. Ubicación				
Dirección: CL 10 3 23	Teléfono: 31147059	Correo electrónico:	Municipio / Ciudad: SILVANIA	Departamento: CUNDINAMARCA

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 identidad ☐
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 X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Incumplido EPS retiro 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 X 15. Régimen Subsidiado ☐
16. Traslado A Mismo Régimen ☐ 17. Cónyuge Régimen ☐ 18. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia ☐ 19. Reporte del traslado de protección al cesante ☐
20. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 21. Reporte de la calidad de Pensionado ☐ 22. Ingreso a Contribución Solidaria ☐ 23. 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 ☐ Otro ☐ 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: 22 M M: 07 A A A A: 2026	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 acreditan 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

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 o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Otros

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad								

TOTAL 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, auto de interlocutorio 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 o escritura pública, auto 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 auto 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 2.1.7.2 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del auto administrativo o providencias de las autoridades competentes en la que conste el grado de parentesco 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 radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

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.

Cambio Empleo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps — gente cuidando gente

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

- 1. Tipo de trámite: B. Reporte de novedades: X
- 2. Tipo de afiliación: a) Cotizante o cabeza de familia: X
- 3. Régimen: A. Contributivo: X
- 4. Contribución solidaria: No: X
- 5. Tipo de afiliado: A. Cotizante: X
- 6. Tipo de aportante: A. Dependiente: X
- 7. Código: A1380

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

- 8. Apellidos y nombres: Primer apellido: RUEDA — Segundo apellido: CESPEDES — Primer nombre: JOSE — Segundo nombre: GUILLERMO
- 9. Tipo documento de identidad: CC
- 10. Número documento de identidad: 1069924769
- 11. Sexo biológico: X
- 12. Sexo identificación: X
- 13. Nacionalidad: COLOMBIA
- 14. Lugar de nacimiento: COLOMBIA — TOLIMA — ESPINAL
- 15. Fecha nacimiento: 05 02 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

- 16. Etnia: 6
- 18. Discapacidad: No: X
- 19. Tiene encargo: No: X
- 22. AFP: SURA
- 23. ARL: PORVENIR
- 24. IBC: $1,750,905.00
- 25. Tarifa contribución solidaria: $0.00
- Dirección: CL 6 23 137
- Teléfono celular: 3212872925
- Correo electrónico: JOSERUEDA@GMAIL.COM
- Departamento: TOLIMA
- Municipio/Distrito: ESPINAL
- Zona: X
- 99000

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES

- Nombre o razón social: GEMZA S.A.S.
- Tipo documento de identificación: X
- Número del documento de identificación: 901552735
- Ubicación: CR 15 88 21 OF 702 TO UNIKA — 3225117651 — GEMZASASA@GMAIL.COM — DISTRITO CAPITAL — BOGOTA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

- X

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

- Fecha de novedad: 22 07 2026

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- X
- X

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

X. FIRMAS

José Rueda

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

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

XI. ANEXOS

XII. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

XIII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

Observaciones

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 830.130.514-5

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 00016 mayo de 2013)

Yo, JOSE GUILLERMO RUEDA CESPEDES identificado (a) con CC número 1069924769 de ESPINAL, certifico que:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☐ NO☐
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI☐ NO☐
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☐ NO☐
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI☐ NO☐
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI☐ NO☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3212872925
y/o correo electrónico: JOSERUEDA@GMAIL.COM
SI☐ NO☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☐ NO☐
Consulta la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI☐ NO☐

Declaración juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,
Firma: José Rueda
Tipo ID: CC No. ID: 1069924769
Fecha de Solicitud: 04/08/2026
Dirección: CL 6 23 137
Tel: 3212872925 Municipio: ESPINAL
Departamento: TOLIMA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informa sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 489 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 3

Si (la) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	SALARIO BASE DE COTIZACIÓN	APORTE VOLUNTARIO	SI / NO	PERTENECE AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	SI / NO
	SURA	PORVENIR	1750905				

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐ Preescolar ☐ Básica Primaria ☐ Básica Secundaria (Bachillerato Básico) ☐ Media Técnica (Bachillerato Técnico) ☐ Técnico Profesional ☐ Tecnológico ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Última Grado Aprobado _____

Protección Ocupacional ☐ Patrono/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato _____ Fin Contrato _____

NOTA IMPORTANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE CONTRATISTA: NO ESTÁ AUTORIZADA LA RETENCIÓN DE APORTES EN LA FUENTE, EN LOS PAGOS A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECLARA CONTINUAR CON LOS APORTES DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA. DECLARA TODOS LOS MESES AUNQUE NO TENGA INGRESOS. (DECRETO 1406 DE 1999 Y ART. 18 DECRETO 1406 DE 1999)

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE PAGO EFECTIVAMENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero _____ Tipo de Identificación: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ C.D. ☐ Identificación del Tercero que realiza el Aporte _____ PV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Elsa Florez Ropero	A1380		

SUCURSAL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 4 / 8 / 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN X
2. TIPO DE AFILIACIÓN: X
3. RÉGIMEN: X
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: NO X
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante X
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente X

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RANGEL	ZULETA	KENNY	YAHAIR

- Tipo documento de identidad: CC - Cédula de Ciudadanía
- Número documento de identidad: 1065569484
- Sexo: X
- Nacionalidad: COLOMBIANO
- Lugar de nacimiento: COLOMBIA – CESAR – VALLEDUPAR
- Fecha de nacimiento: 6 / 5 / 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

- Etnia: 6
- Discapacidad: NO X
- NO X
- ARL: SURA
- AFP: PORVENIR
- IBC: 1750905
- Teléfono celular: 3225117651
- Dirección: CL 6 SUR # 23 137 T 2AP 1202
- Correo electrónico: KENNYRANGEL@GMAIL.COM
- Departamento: CESAR
- Municipio/Distrito: VALLEDUPAR
- Zona: X
- IPS: 20439

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

(sin diligenciar)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES

- Nombre o razón social: GEMZA S.A.S.
- Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
- Número del documento de identificación: 901552735
- Teléfono: 3225117651
- Dirección: CR 15 88 21 OF 702 TO UNIKA
- Correo electrónico: gemzasas@gmail.com
- Departamento: BOGOTA
- Municipio: BOGOTA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

X

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RANGEL	ZULETA	KENNY	YAHAIR

- Tipo documento de identidad: CC - Cédula de Ciudadanía
- Número documento de identidad: 1065569484
- Sexo: X
- Fecha de nacimiento: 6 / 5 / 1986
- Fecha de la novedad: 22 / 7 / 2026

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

X. FIRMAS

Kenny Rangel (firma del cotizante)

(firma del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio)

XI. ANEXOS

1

Total: 1

nueva eps

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

Recibido por: 4 / 8 / 2026

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 0000018 mayo de 2013)

Yo, KENNY YAHAIR RANGEL ZULETA identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía número 1065569484 de COLOMBIA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI [X] NO [ ]
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI [X] NO [ ]
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI [X] NO [ ]
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI [X] NO [ ]
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI [X] NO [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SI [ ] NO [ ]
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI [ ] NO [ ]
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser entregada con el planilla SI [ ] NO [ ]

Cordialmente

Firma: Kenny Rangel
Tipo ID: CC - Cédula No. ID: 1065569484
Fecha de Solicitud: 4 8 2026
Dirección: CL 6 SUR # 23 137 T 2AP 1202
Tel: 3225117651 Municipio: VALLEDUPAR
Departamento: CESAR

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service- , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7061**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3600**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	PRODUCTOR AGROPECUARIO
			$	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]

Nivel de Escolaridad: Ninguno [ ] Secundaria [ ] Tecnológico [ ] Profesional [ ] Doctorado [ ]
Preescolar [ ] Básica Secundaria (6° a 9°) [ ] Técnico Profesional [ ] Especialización [ ] Ultimo Grado _____
Básica Primaria (1° a 5°) [ ] Media Técnica (Con énfasis) [ ] Tecnológico [ ] Maestría [ ] Ajustador _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador [ ] Contratista [ ] Trabaja por su Cuenta [ ]
Inicio Contrato: _____ Fin Contrato: _____

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. (DECRETO 1406 DE 1999 Y ART. 3 DECRETO 1406 DE 1999)

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero: _____ | Tipo de Identificación: _____ | Identificación del Tercero que realiza el Aporte: _____ | DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	BOGOTA
ELSA FLOREZ	A1380	PEPE SIERRA	4 / 8 / 2026

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013029133

9013029133

No. de Radicación 247: 30857254

Fecha de Radicación: 04 08 2026

I. DATOS DEL TRAMITE

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	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación B. Traslado de Novedades: X	A. Individual B. Cabeza de la cadena de familia: X C. Beneficiario o afiliado adicional	A. Contributivo: X B. Subsidiado	SI NO	A. Cotizante: X B. Cabeza de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente: X B. Independiente C. Pensionado	

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: LUJAN	Segundo Apellido: RODRIGUEZ	Primer Nombre: PAULA	Segundo Nombre: XIMENA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1069765412	Femenino: X Masculino	F M Otro Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				16 D 12 M A 1998 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$2.500.000	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural Zona

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				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
01				
02				
03				
04				
05				

	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 Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
01							
02							
03							
04							
05							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Cual discapacidad	SI NO
01								
02								
03								
04								
05								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (si aplica)
01									
02									
03									
04									
05									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

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

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)
GEMZA SAS ZOMAC	NT	901552735	
59. Dirección: CL 10 3 23	60. Teléfono: 31147059		61. Municipio / Ubicación: SILVANIA — 62. Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

64. 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. 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 X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Inscripción UPC 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 traslado de población 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

65. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	82. Sexo biológico	83. Sexo identificación	84. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ Otro ☐ Cual	D D M M A A A A

66. EPS anterior	68. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	69. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	22 / 07 / 2026	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 excelencia 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☐ 73. Autorización para que la EPS acceda 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 vinculada del Sistema 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 o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de EPSS

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad									

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 Decreto 780 de 2016
90. Certificación de circulación o 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	96. Firma del funcionario

98. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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.

Cambio Empleo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017226237	0|4|0|8|2|0|2|6

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
LANDAZURY (Primer apellido)	QUIÑONES (Segundo apellido)	SEGUNDO (Primer nombre)	LEONIDAS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identificación	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	87433107	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: NARIÑO Municipio: BARBACOAS	1|5|0|3|1|9|7|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 6 SUR 23 137 T 2 AP 12		3114860163	FACTURACIONINGEVEC@GMAIL.COM

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID - HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID	HOSPMADRID - HOSPMADRID
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEMZA SAS ZOMAC	NIT	901552735	01

59.Ubicación

CL 10 3 23 (Dirección)	3014591 (Teléfono fijo o celular)	FACTURACIONINGEVEC@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4017226237

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|2|0|7|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

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

X.ANEXOS

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

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

GENZA

#

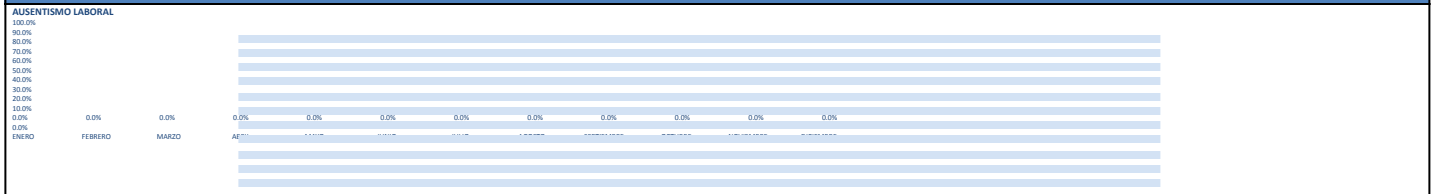
Inicio

MATRIZ DE INDICADORES

FICHA TECNICA DEL INDICADOR		
1. NOMBRE (descripción del indicador)	Ausentismo laboral por causa medica	
2. FÓRMULA (Metodo de calculo)	Número de días de ausencia por incapacidad laboral y común / Numero de días de trabajo programados * 100	
3. INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR	En el mes de Julio se perdio **0%** de días programados de trabajo por incapacidad medica	
4. META (Limite del indicador)	2%	2%
5. PERIODICIDAD	Mensual	Anual
6. FUENTE DE LA INFORMACIÓN	Incapacidades por eventos de tipo común. - Incapacidades por eventos de tipo laboral - Número de días de trabajo programados - Numero de trabajadores en el mes. - Numero de días de incapacidad del personal contratista	Registro de incapacidades
7. PERSONAS QUE DEBEN CONOCER EL RESULTADO	Gerencia y trabajadores	
8. RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	Coordinador SST	

DATOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
DIAS DE AUSENCIA POR INCAPACIDAD LABORAL Y COMÚN PERSONAL PROPIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAS DE AUSENCIA POR INCAPACIDAD LABORAL Y COMÚN PERSONAL CONTRATISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DÍAS DE INCAPACIDAD	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
NÚMERO DE DIAS LABORALES EN EL MES	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	46
NÚMERO DE TRABAJADORES EN EL MES	7	8	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	15
NÚMERO DE DÍAS DE TRABAJO PROGRAMADOS	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	690
AUSENTISMO LABORAL	0.0%	0.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.00%
CUMPLIMIENTO													CUMPLE
INTERPRETACIÓN o ANALISIS	En el mes de Enero se perdio 0% de dias programados de trabajo por incapacidad medica.	En el mes de Febrero se perdio 0% de dias programados de trabajo por incapacidad medica.											En total en el año se perdieron 0% de los dias programados de trabajo por la empresa por incapacidad medica.

REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL INDICADOR



DETERMINACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN				
PERIODO	ANALISIS DEL INDICADOR	PLAN DE ACCION	FECHA DE EJECUCIÓN	OBSERVACIONES

	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD				
UEMEA	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS				
PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE	Stefany Arango Vásquez	NOMBRE	Diana Contreras	NOMBRE	Diana Contreras
CARGO	Líder de Calidad	CARGO	Directora Administrativa	CARGO	Directora Administrativa
FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF
FECHA	9/12/2025	FECHA	9/12/2025	FECHA	9/12/2025

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Tareas de alto riesgo				
CLIENTE	Comfaca				
TEMA DE LA REUNIÓN	Riesgos en tareas de alto riesgo y peligro				
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN	CAPACITACIÓN X	FORMACIÓN	INDUCCIÓN REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE	Paula Lujan		CARGO	Residente SST	
LUGAR	Bibliopaluo	FECHA	29/7/2026	HORA INICIO HORA FIN	

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
[illegible]	1.053.062.613	AXC		[illegible]
Kenny Rompel Zoleta	1.067.569.487	Auxiliar		Kenny R.
Jose Esmir Molina A	1050066526	Maestro		Jose M.
Jose Guillermo Rueda Cortes	1.007.924.769	Residente obra		Jose Rueda
Sebastian Moncada Londoño	1.144.331.097	Maestro		[illegible]

	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD			Código	SG-FT-02
GENSA	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS			Versión	1
				Fecha Emisión	8/10/2020
				Página	1 de 2
PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE	Stefany Arango Vasquez	NOMBRE	Dora Contreras	NOMBRE	Dora Contreras
CARGO	Líder de Calidad	CARGO	Gerente Administrativa	CARGO	Gerente Administrativa
FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF
FECHA	8/10/2020	FECHA	8/10/2020	FECHA	8/10/2020

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Importancia de EPP				
CLIENTE	Gensa				
TEMA DE LA REUNIÓN	Uso de los elementos de protección personal				
TIPO DE EVENTO	REUNIÓN	CAPACITACIÓN X	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE	Paula Ximena Lujan		CARGO		
LUGAR	Roldanillo	FECHA	20/7/2020	HORA INICIO HORA FIN	

NOMBRE	CEDULA	CARGO	AREA O SERVICIO	FIRMA
THOMAS MARTINEZ	1.094.047.813	AYO		THOMAS
Kenny Ruiz Zolida	1067567707	Aux Obra		Kenny R.
Jose Omar Molina A.	1052061526	Maestro		Jose M.
Jose Guillermo Rueda Castaño	1.087.994.789	Residente Obra		Jose Rueda
jorge.delgado.dc	87437102	maestro		

CEMEX	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD			Código:	SST-FT-01
	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS			Versión:	3
				Fecha Emisión:	8/07/2025
				Página:	1 de 1
PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:	Stefany Arango Vásquez	NOMBRE:	Sara Cardenas	NOMBRE:	Sara Cardenas
CARGO:	Líder de Calidad	CARGO:	Directora Administrativa	CARGO:	Directora Administrativa
FIRMA:	Ver PDF	FIRMA:	Ver PDF	FIRMA:	Ver PDF
FECHA:	8/7/2025	FECHA:	8/07/2025	FECHA:	8/07/2025

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	Crear cultura de autocuidado				
CLIENTE:	Cemex				
TEMA DE LA REUNIÓN:	Riesgo electrico				
TIPO DE REUNIÓN:	REUNIÓN	CAPACITACIÓN X	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE:	Paula Cujon R.		CARGO:	Residente SST	
LUGAR:	ESCUELA	FECHA:	30/7/2025	HORA INICIO: HORA FIN:	

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
Jhon Tuberquia	1.050.667.613	AYC		Jhon T
Kenny Ronyel Zuleta	1065569494	Aux. Ope		Kenny R
José Elmer Molina D.	1050866826	Maestro		José M
Sergio de Leon Jiles	1.041.371.104	Medico		SDLJ-0062

CEMEX	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	Código:	SG-FT-33
	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS	Versión:	3
		Fecha Emisión:	8/20/2025
		Página:	1 de 2

PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:	Stefany Arango Vásquez	NOMBRE:	Dana Contreras	NOMBRE:	Dana Contreras
CARGO:	Líder de Calidad	CARGO:	Directora(o) Administrativa(o)	CARGO:	Directora(o) Administrativa(o)
FIRMA:	Ver PDF	FIRMA:	Ver PDF	FIRMA:	Ver PDF
FECHA:	8/12/2025	FECHA:	8/20/2025	FECHA:	8/20/2025

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	Preclasificación de un descargue de material.				
CLIENTE:	Gramag				
TEMA DE LA REUNIÓN:	Riesgo mecánico				
TIPO DE REUNIÓN:	REUNIÓN	CAPACITACIÓN X	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE:	Paula Lujan R.		CARGO:		
LUGAR:	ESUFA	FECHA:	31/7/2026	HORA INICIO: HORA FIN:	

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
Jhon Mosquera	1.040.067.613	AYP		Jhon
Kenny Rangel Zuleta	1065564444	Aux Obra		Kenny R.
José Luis Molina A.	1053066526	Montio		José M.
José Guillermo Lucas Cespedes	1069.964.769	Rendante obra		José Lucas
Sebastián Leonidas	84033102	mas tde		Sebastián

GEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO FT-SST-037
VERSION 002
FECHA 03/03/2026

FECHA INICIO: 19/3/2026 HORA DE INICIO: 7:00am FECHA FINAL: 20/3/2026 HORA FINAL: 5:00pm

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Polideportivo y Casa Indígena, Eyipa

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Pintar la estructura interna del Polideportivo, y dar un domo el techo de la cancha

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Andamio, compresa, pico y pala, martillo y cincel

AUTORIZADO POR: Paula Lyon R.

EVALUACION PREVIA

1. PASO A PASO: Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. PELIGROS POTENCIALES: Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando, ¿que puede salir mal? ¿Qué sería lo peor que pueda ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electrico? ¿riesgos explosivos? ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e identificado?, entre otros.

3. ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN: Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura, seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1.	Ascenso andamio, ubicación de equipos y herramientas	Caidas al mismo nivel y a diferente nivel, condiciones en mal estado, golpeado de personas	señalización y delimitación de puentes de trabajo
2.	Pintura de estructura, demarcación de techo de cancha.	Caidas al mismo nivel y a diferente nivel, caida de objetos, caidas, golpes	Delimitación de area, EPP apropiado, orden y aseo, herramientas en buen estado
3.	Desplazamiento de andamio, desplazamiento sobre el escombro	Caida a diferente nivel a mismo nivel, golpes, cortaduras caida de objetos	Anclaje de puntos de apoyo epp. apropiado, orden y aseo
4	Desplazamiento sobre el andamio, desplazamiento de horas de escombro	Caida al mismo y a diferente nivel, golpes, caidas o contra objetos	Anclaje de puntos de apoyo epp, epp, orden y aseo, herramientas de andamio
5.	Bajar las herramientas del andamio, ordenar los lanos de escombro	caidas a diferente nivel, golpes, caida de objetos, cortaduras	Uso de EPP, uso de epp orden y aseo, mensajero
6.	Retiro de andamio, finaliza actividades de demolición, orden y aseo	caidas al mismo nivel, golpes, cortaduras	mantener 3 puntos de apoyo, retiro interno, uso epp y epp

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estare expuesto y la aplicación de los respectivos controles.

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1.	Kenny Rangel T.	1065569484	Kenny Rangel T.
2	[illegible]	1-052-662-613	[illegible]
3	José Gallardo	1040326092	José M Gallardo

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paula Lyon R.	1065569484	Paula Lyon
José Guillermo Rueda Gallardo	1 069 044 249	José Rueda

OBSERVACIONES

GEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO FT-SST-457
VERSION 002
FECHA 03/03/2025

FECHA INICIO: 29/7/2025 HORA DE INICIO: 7:00a FECHA FINAL: 29/7/2025 HORA FINAL: 5:00p

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: polideportivo y cancha de futbol

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: se va a pintar la estructura del polideportivo y demolición del techo de la cancha.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: compresor, pica y pala, martillo, cornetto

AUTORIZADO POR: Paulo Lujan R.

EVALUACION PREVIA

1. PASO A PASO: Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. PELIGROS POTENCIALES: Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando: ¿que puede salir mal? ¿Que sería lo peor que puede ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electrico?, ¿riesgos explosivos?, ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e indentificado?, entre otros.

3. ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN: Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura, seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1	Ascenso al andamio, ubicación de equipos y herramientas	caidas al mismo nivel y a diferente nivel, condiciones en mal estado golpes, cortadas	Instalacion y operacion con uso de epp. uso de epcc delimitación
2	Pintura de estructura, demarcación de techo para demolición	caidas a diferentes niveles golpes, cortaduras, caida de objetos	Delimitación de area de trabajo, orden y aseo en frentes
3	Desplazamiento sobre el andamio, movil el escombro	caidas a diferentes niveles golpes, cortaduras, golpes con contra objetos	Anclaje del andamio a puntos de apoyo asegurados epp, epcc
4	Desplazamiento del movimiento del andamio y del escombro	caidas a diferentes niveles, golpes, caida de objetos	anclajes seguros orden y aseo, a puntos seguros y certificados
5	Bajo las herramientas del andamio, mover el escombro en bolsas	golpes de o contra objetos caidas a diferentes niveles	Inspeccionar de equipos y herramientas epp, epcc
6	Desender del andamio realizar orden y aseo	caidas a diferentes niveles golpes orden y aseo, caida golpes	mantener a punto de apoyo descanso interno, uso de EPP y EPCC

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estare expuesto y la aplicación de los respectivos controles.

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1.	Kenny Rungel Z.	1065569.484	Kenny Rungel Z
2	Erick Martinez	1.050.062.613	ERICK
3	Jose Molina	1050066526	Jose Molina
	Stefano Gonzalez	1042351852	

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paulo Lujan R.	1065615412	Paulo Lujan
Jose Guillermo Dueñas Caballero	1.069.014.189	Jose Dueñas

OBSERVACIONES

GEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO – ATS

CODIGO:
VERSION:
FECHA EMISION:

FECHA INICIO: 30/3/2026	HORA DE INICIO: 7:00am	FECHA FINAL: 30/3/2026	HORA FINAL: 5:00pm

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Polideportivo y cementerio de Eten

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Se va a pintar el techo y la estructura interior del polideportivo y demolicion de la carpintería

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Compresa, pico y pala, martillo y cornetilla

AUTORIZADO POR:

EVALUACION PREVIA

1. PASO A PASO: Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. PELIGROS POTENCIALES: Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando. ¿Que puede salir mal? ¿Qué sería lo peor que puede ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electrico?, ¿riesgos explosivos?, ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e indentificado?, entre otros.

3. ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN: Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura, seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1	Ascenso al andamio ubicacion de equipos y herramientas	caidas al mismo nivel y a diferentes niveles, cortaduras, golpes de orden y aseo	Señalizacion y demolicion, con uso de epp y epcc delimitacion de area.
2	Pintado de estructura, demolicion de techo y estructura	caidas a diferentes niveles, golpes, contaduras, caida de objetos	Delimitacion de frentes de trabajo, orden y aseo en frentes de trabajo.
3	Desplazamiento sobre el andamio, mover el escombro	caidas a diferentes niveles golpes, contaduras, golpes de o contra objetos	Anclaje del andamio seguro, orden y aseo en frentes, 3 puntos de apoyo
4	Desplazamiento del andamio y del escombro	caidas a diferentes niveles, golpes caida de objetos y golpes contra ellos	No mover el andamio con personas encima, mantener orden y aseo
5	Bajar las herramientas del andamio. Mover escombro sin lanzar	caidas a diferentes niveles, mantener los 3 puntos de apoyo.	Inspecciones de equipos 3 puntos y anclajes de apoyo con arnes
6	Descender del andamio realizar orden y aseo	caidas a diferentes niveles descenso inseguro, 3 puntos de apoyo	Anclaje adecuado orden y aseo.

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estare expuesto y la aplicación de las respectivas acciones.

Nº	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1	Lenny Bonilla	1065.364.989	Lenny Bonilla
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paulo Lujan R.	1069765492	Paulo Lujan R.
Jose Guillermo Lucho Cortez	1304 [illegible]	Jose Lucho

OBSERVACIONES

GEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO FT-SST-457
VERSION 003
FECHA 03/02/2026

FECHA INICIO: 31/3/2026 HORA DE INICIO: 7:00 FECHA FINAL: 31/3/2026 HORA FINAL: 16:00pm

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Polideportivo y cancha Escuela

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Se va a pintar y a demoler la capintería, la pintado es de la estructura y techo del polideportivo.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: compresa, pica y pala, cortadilla, martillo

AUTORIZADO POR: Paula Lugo R.

EVALUACION PREVIA

1. PASO A PASO: Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. PELIGROS POTENCIALES: Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando: ¿que puede salir mal? ¿Qué sería lo peor que pueda ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electricos?, ¿riesgos explosivos?, ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e identificado?, entre otros.

3. ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN: Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura, seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1	Ascenso al andamio ubicación de equipos y herramientas	caidas a diferentes niveles condiciones de seguridad orden y aseo	Mantener siempre anclado mantener 3 puntos de apoyo delimitar la zona
2	Preparar pintura, pintar la estructura y demolicion de carpintería	caidas a distintos niveles golpes, cortaduras, caida de objetos	Mantener el orden y aseo, señalización y señalización de frentes de trabajo
3	Desplazamiento sobre el andamio, limpieza de escombro	caida a distintas niveles golpes, cortadural, caida de objetos	Anclaje a puntos certificados del andamio, orden y aseo en 2 planta de trabajo
4	Desplazamiento o movimiento del andamio y del escombro a punto seguro	caidas a distintas niveles golpes con o por objetos, cortaduras	Mantener anclaje, usar EPP y base, mantener maquinaria de orden y aseo
5	Bajar las herramientas del andamio, meter el escombro en bolsa	caidas a distintas niveles, mantener los 3 puntos de apoyo	Inspección de equipos, todo el desnivel debe ser informado calificados
6	Descarte del andamio realizar orden y aseo	caidas a distintas niveles desnivel interno, 3 punto seguro	Anclajes asegurados, orden y aseo.

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estaré expuesto y las aplicación de las respectivas medidas

No.	NOMBRES COMPLETOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1.	Kenny Rangel T.	1065.369.984	Kenny Rangel T.
2	Jesus Molina	1.065.867.617	
3	José Molina	1.065.865.526	

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paula Lugo R.	1.065.865.512	Paula Lugo R.
José Gabriel Cuesta Cardozo	1.065.864.364	

OBSERVACIONES:

CENTA

REGISTRO DE ASISTENCIA A PAUSAS ACTIVAS

Codigo: SST-FT-20	Version: 8	Fecha de creacion: 15/03/2017	fecha de aprobacion: 15/02/2025
Elabora: Coordinador SST		Aprobo: Gerente General	
CENTRO DE TRABAJO: Estación Restrepo 4to		NOMBRE LIDER: Paula Lyon Rodriguez	

NOMBRE	CEDULA	CARGO	AREA	FECHA	FIRMA
Segundo Londoño	87433107	Oficial de Obra		22/7/2026	
Kenny Ruiz	1065569484	Aux. de obra		22/7/2026	
Jose Pineda	1.069.914.769	Residente obra		22-07-2026	
Jose Elorza	1.039.066.326	Maestro de obra		22-07-2026	
Jose Pineda	1.069.914.769	Residente obra		23-07-2026	
Kenny Angel	1065569484	Aux. de obra		23-07-2026	
Jose Molina	1.039.066.526	Maestro de obra		23-07-2026	
Segundo Londoño	87433107	Oficial de Obra		23-07-2026	
[illegible]	[illegible]	[illegible]		23-07-2026	
Jorge Pineda C.	1.069.914.769	Residente obra		24/07/2026	
Kenny R	1065569484	Aux. obra		24/07/2026	
Jose Molina	1.039.066.526	Maestro		24/07/2026	
[illegible]	[illegible]	[illegible]		24/07/2026	
Segundo	87433107	Oficial		24/07/2026	
Kenny R.	1065569484	Aux. Obra		24/07/2026	
Jose Molina	1.039.066.526	Maestro		25/07/2026	
[illegible]	87433107	[illegible]		25/07/2026	
Kenny R	1065569484	Aux. Obra		26/07/2026	
[illegible]	[illegible]	[illegible]		26/07/2026	

OBSERVACIÓN:

REGISTRO DE ASISTENCIA A PAUSAS ACTIVAS

Codigo: SST-FT-20	Version: 8	fecha de creacion: 15/03/2017	fecha de aprobacion: 15/02/2025
Elaboro: Coordinador SST		Aprobo: Gerente General	

CENTRO DE TRABAJO: Polideportivo Escuela | NOMBRE LIDER: Paula Luyca

NOMBRE	CEDULA	CARGO	AREA	FECHA	FIRMA
Kenny R.	1065.569.484	AUX. obra		27/3/2025	
[illegible]	[illegible]	AUXIL		27/3/2025	
José Molina	1052066326	Maestro		27/3/2025	
José L. Burgos	1.069.944.369	Residente obra		27/3/2025	
[illegible]	[illegible]	[illegible]		27/3/2025	
Kenny R.	1065.569.484	Aux. obra		28/3/2025	
[illegible]	[illegible]	AUXIL		28/3/2025	
José Molina	1052066326	Maestro		28/3/2025	
José L. Burgos	1.069.944.369	Residente obra		28/3/2025	
Kenny R.	1065.569.484	Aux. obra		29/3/2025	
[illegible]	[illegible]	AUXIL		29/3/2025	
José Molina	1052066326	Maestro		29/3/2025	
José L. Burgos	1.069.944.369	Residente obra		29/3/2025	
[illegible]	[illegible]	[illegible]		29/3/2025	
Kenny R.	1065.569.484	Aux. obra		30/3/2025	
[illegible]	[illegible]	AUXIL		30/3/2025	
José Molina	1052066326	Maestro		30/3/2025	
[illegible]	[illegible]	[illegible]		30/3/2025	
Kenny R.	1065.569.484	Aux. obra		31/3/2025	
[illegible]	[illegible]	AUXIL		31/3/2025	
José Molina	1052066326	Maestro		31/3/2025	
José L. Burgos	1.069.944.369	Residente obra		31/3/2025	
[illegible]	[illegible]	[illegible]		31/3/2025	

OBSERVACIÓN:

GEMZA	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	Código:	SST-F-10
	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS	Versión:	3
		Fecha Emisión:	8/01/2025
		Página:	1 de 1

PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE	Stefany Arango Vasquez	NOMBRE	Sara Contreras	NOMBRE	Sara Contreras
PERFIL	Líder de Calidad	PERFIL	Gerencia Administrativa	PERFIL	Gerencia Administrativa
FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF
FECHA	8/12/2025	FECHA	8/01/2025	FECHA	8/01/2025

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:	Socialización tareas de alto riesgo				
CLIENTE:	Gemza				
TEMA DE LA REUNIÓN:	Riesgos de trabajo en alturas				
TIPO DE REUNIÓN:	REUNIÓN	CAPACITACIÓN X	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE:	Paula Ximena Lugo Rodriguez		CARGO:	Residente SST	
LUGAR:	Polideportivo Cajica	FECHA:	22/07/2026	HORA INICIO: HORA FIN:	22/07/2026

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
Segundo Londoño Ortiz	87453107	Oficial de Obra		
Kenny Rangel Zuleta	1065569484	Aux de obra		
José Guillermo Rivadeneira Castellanos	1069.914.769	Residente obra		
Jesus Esmir Molina Pedilla	9052166526	Maestro de obra		
[illegible]	[illegible]	[illegible]		

GEMEA	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD			Código	SST-F-09
	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS			Versión	3
				Fecha Emisión	8/20/2026
				Página	1 de 2
PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE	Stefany Arango Vásquez	NOMBRE	Diana Cardenas	NOMBRE	Diana Cardenas
CARGO	Líder de Calidad	CARGO	Directora Administrativa	CARGO	Directora Administrativa
FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF
FECHA	8/13/2026	FECHA	8/20/2026	FECHA	8/20/2026

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Visitas de una aprendiz				
CLIENTE	Gemea				
TEMA DE LA REUNIÓN	Consumo de cigarrillo				
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN	CAPACITACIÓN ✓	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE	Paula Ximena Iyan		CARGO	Residente SST	
LUGAR	Polideportivo 63 PR	FECHA	23/07/2026	HORA INICIO / HORA FIN	7:30am / 9:00am

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
Jose Ramiro Molina Arbeláez	70506616826	Maestro de obra		Jose Ramiro M.
Yeison Molina	1152692613	AYE		Yeison Molina
Kenny Yohana Rangel C	1065569484	Aux. de Obra		Kenny Rangel
José Guillermo Rueda Castañeda	1068914709	Residente obra		José Rueda
Segundo Leonidas	8741337	maestro		Segundo

GEMZA	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD			Código:	SG-FT-02
	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS			Versión:	3
				Fecha Emisión:	6/20/2025
				Página:	1 de 2
PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE:	Stefany Arango Vasquez	NOMBRE:	Diana Contreras	NOMBRE:	Diana Contreras
CARGO:	Líder de Calidad	PERFIL:	Directora(a) Administrativa(o)	CARGO:	Directora(a) Administrativa(o)
FIRMA:	Ver PDF	FIRMA:	Ver PDF	FIRMA:	Ver PDF
FECHA:	6/12/2025	FECHA:	6/20/2025	FECHA:	6/20/2025

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Concientizar sobre riesgo electrico.				
CLIENTE	Gamza				
TEMA DE LA REUNIÓN	Riesgo electrico				
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN	CAPACITACIÓN X	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE	Paula Ximena Lujan R.		CARGO	Auxiliar SST	
LUGAR	residencias Gamza	FECHA	24/07/2026	HORA INICIO HORA FIN	1:00 PM 1:40 PM

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
Jon esmir molina Arzuza	1050166626	Maestro		Jon esmir M.
Yhon molina	1-050067618	AYC		Yhon molina
Kenny Yohana Rangel Z.	1065.669.484	Aux de obra		Kenny Rangel
Jose Gustavo Fuentes Cafarde	1.069.914.789	Residente obra		José Fuentes
Segundo Arrieta Ortiz	1.045.874.736	Maestro		Segundo

CEMEX	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD			Código:	SST-FT-02
	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS			Versión:	3
				Fecha Emisión:	30/03/26
				Página:	1 de 2

PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE	Stefany Arango Vasquez	NOMBRE	Diana Contreras	NOMBRE	Diana Contreras
CARGO	Líder de Calidad	CARGO	Directora Administrativa	CARGO	Directora Administrativa
FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF
FECHA	6/1/2026	FECHA	6/1/2026	FECHA	6/1/2026

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Crear cultura del trabajo seguro para acciones seguras				
CLIENTE	Gamma				
TEMA DE LA REUNIÓN	Trabajo en equipo para garantizar tareas exitosas y seguras				
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN	CAPACITACIÓN ✓	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE	Paula Ximena Rojas		CARGO	Residente SST	
LUGAR	Patio Concreto Gamma	FECHA	20/03/2026	HORA INICIO: 8:30 AM HORA FIN: 9:45 AM	

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
Yimy Ponyet Zuluaga	1065 569 488	Aux. Ops		
Jose Adolfo Mejia	1036615528	Operario		
Sergio Leon Jaramillo	1042 35 161	Mecanico		

GEMZA	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	Código:	[illegible]
		Versión:	[illegible]
	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS	Fecha Emisión:	[illegible]
		Página:	1 de 1

PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE	Stefany Arango Velasquez	NOMBRE	Diana Contreras	NOMBRE	Diana Contreras
PERFIL	Líder de Calidad	PERFIL	Director(a) Administrativo(a)	PERFIL	Director(a) Administrativo(a)
FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF
FECHA	[illegible]	FECHA	[illegible]	FECHA	[illegible]

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Mantener el orden y aseo en puestos de trabajo				
CLIENTE	Gemza				
TEMA DE LA REUNIÓN	Orden y aseo				
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN	CAPACITACIÓN ✓	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE	Paula Lujan R.		CARGO	Presidente SST	
LUGAR	Polideportivo [illegible]	FECHA	26/03/2025	HORA INICIO / HORA FIN	[illegible]

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
[illegible]	1065564409	[illegible]		[illegible]
[illegible]	[illegible]	maestro		[illegible]

CEMEX	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS			Código: RGFT-03 Versión: 3 Fecha Emisión: 8/05/2025 Página: 1 de 2	
PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE	Stefany Arango Vanegas	NOMBRE	Daira Contreras	NOMBRE	Daira Contreras
CARGO	Líder de Calidad	CARGO	Directora de Administración	CARGO	Directora de Administración
FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF
FECHA	8/05/2025	FECHA	8/05/2025	FECHA	8/05/2025

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Medio Ambiente				
CLIENTE	Gerencia				
TEMA DE LA REUNIÓN	Cuidado del medio ambiente				
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN	CAPACITACIÓN X	FORMACIÓN	INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE	Paula Ximena Lujan		CARGO	Residente SST	
LUGAR	Polideportivo	FECHA	27/03/2025	HORA INICIO HORA FIN	

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
[illegible]	1.050.082.613	Aux		[illegible]
Kenny Yunyel Zelaya	1067564984	Aux obra		Kenny Z.
[illegible]	[illegible]	Maestro		[illegible]
Jorge Guillermo Pineda Cañadas	1.069.914.989	Residente obra		Jorge Pineda
Jonathan Camilo Lizcano Zapata	1.094.933.104	Auxiliar		[illegible]

	SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD				
UEMEA	REGISTRO DE ASISTENCIA REUNIÓN, CAPACITACIÓN, FORMACIÓN Y OTROS				
PREPARADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
NOMBRE	Stefany Arango Vásquez	NOMBRE	Diana Contreras	NOMBRE	Diana Contreras
CARGO	Líder de Calidad	CARGO	Directora Administrativa	CARGO	Directora Administrativa
FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF	FIRMA	Ver PDF
FECHA	9/12/2025	FECHA	9/12/2025	FECHA	9/12/2025

OBJETIVO DE LA REUNIÓN	Tareas de alto riesgo				
CLIENTE	Comfaca				
TEMA DE LA REUNIÓN	Riesgos en tareas de alto riesgo y peligro				
TIPO DE REUNIÓN	REUNIÓN	CAPACITACIÓN X	FORMACIÓN	INDUCCIÓN REINDUCCIÓN	OTROS
RESPONSABLE	Paula Lujan		CARGO	Residente SST	
LUGAR	Bibliopaluo	FECHA	29/7/2026	HORA INICIO HORA FIN	

NOMBRE	CÉDULA	CARGO	ÁREA O SERVICIO	FIRMA
[illegible]	1.053.062.613	AXC		[illegible]
Kenny Rompel Zoleta	1.067.569.487	Auxiliar		Kenny R.
Jose Esmir Molina A	1050066526	Maestro		Jose M.
Jose Guillermo Rueda Cortes	1.007.924.769	Residente obra		Jose Rueda
Sebastian Moncada Londoño	1.144.331.097	Maestro		[illegible]

mantenimiento de cubierta Polideportivo

22 1 26 — 25 9 25

mantenimiento de cubierta, pint y pintar la estructura del polideportivo

Polideportivo Base ESETA

15 meses

Municipio Porlar y alrededores

Jorge Luis			Londoño					
Kenny Lampd			1065564984					

	X		Y		X
	X				
	X		Y		
	X				
	X				

	✓		
	✓		
	✓		
	✓		
	✓		
			✓
			✓
	✓		
	✓		

Polideportivo y alrededores municipales

Jose Luis Londoño C 1065564984 Jose Londoño

Paula Vanessa Lujan 1037665412 Paula L.

Pintura de estructura

Polideportivo GUAFA

26 7 26

1 8 25

Se pinto la estructura interna del polideportivo, por medio de compresor

Polideportivo GUAFA

15 metros

compresor

Kenny Arboleda

Kenny Sepúlveda

SI SI NO SI SI NO

SI SI NA NA NA NA

NO NO NO NO NO NO

compresor de aire para pintar

Jose Arboleda

Jose Arboleda

Paula Lucia Lujan

Paula Lucia R

GENZA

LISTA DE CHEQUEO

JORNADA: DIURNA X NOCTURNA

	Día 1			Día 2			Día 3			Día 4			Día 5			Día 6			OBSERVACIONES	ACCIÓN A TOMAR	V. VERIFICACIÓN
Fechas autorizadas	[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]								
Hora inicio y terminación	[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]								
	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A			
[illegible]																					
¿Se ha evaluado interferencias con fuentes de energía y tránsito de personas?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿El área de trabajo se encuentra debidamente señalizada y demarcada para el control de acceso?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿El área de trabajo se encuentra en buenas condiciones de orden y aseo?	✓			✓			✓			✓			✓								
[illegible]	✓			✓			✓			✓			✓								
¿Se tiene designado un ayudante de seguridad?	✓			✓			✓			✓			✓								
¿Se garantiza comunicación visual y auditiva con el ayudante de seguridad?	✓			✓			✓			✓			✓								
[illegible] Describa		✓			✓			✓			✓			✓							
[illegible]		✓			✓			✓			✓			✓							
¿Se ha realizado la inspección previa de las herramientas y equipos mecánicos a utilizar y se garantiza su buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓								
[illegible]		✓			✓			✓			✓			✓							
A. MEDIDAS DE ACCESO SEGURO	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES	ACCIÓN A TOMAR	V. VERIFICACIÓN
[illegible] Andamios X escaleras __ [illegible] ¿Cuál?	✓			✓			✓			✓			✓								
A.1. MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (PASIVAS)	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES	ACCIÓN A TOMAR	V. VERIFICACIÓN
[illegible]			✓			✓			✓			✓			✓						
¿La red de seguridad está libre de escombros, materiales, residuos, basura etc.?			✓			✓			✓			✓			✓						
A.2. MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS (ACTIVAS)	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES	ACCIÓN A TOMAR	V. VERIFICACIÓN
[illegible] ¿Cuál?			✓			✓			✓			✓			✓						
¿Se garantiza un espacio libre de caída (Análisis del requerimiento de claridad)?	✓			✓			✓			✓			✓								
[illegible]		✓			✓			✓			✓			✓							
[illegible] ¿Cuál?		✓			✓			✓			✓			✓							
¿Se cuenta con línea de vida vertical fija o portátil en buen estado? ¿Cuál?		✓			✓			✓			✓			✓							
¿La instalación de la línea de vida está avalada por el coordinador de alturas?		✓			✓			✓			✓			✓							
[illegible]	✓			✓			✓			✓			✓								
[illegible]	✓			✓			✓			✓			✓								
¿Se requieren otros equipos de protección contra caídas? ¿Cuales?		✓			✓			✓			✓			✓							
[illegible] con un procedimiento o plan de rescate?	✓			✓			✓			✓			✓								

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6
[illegible]	89433[illegible]	[illegible]					
Kenny Franyel	1065[illegible]	Kenny Franyel					

[illegible]

NOMBRE DEL COORDINADOR DE ALTURAS	IDENTIFICACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6
Pablo Yunero Juan F	[illegible]	22/7/26	23/7/26	24/7/26	25 [illegible]	[illegible]	

NOMBRE [illegible]	IDENTIFICACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6
José Rueda	[illegible]	[illegible]	23-7-26				

[illegible]

SENZA

LISTA DE CHEQUEO

Kenny Rumyel [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Paula Jimeno Luca	[illegible]	Paula	Paula	Paula	Paula	Paula	Paula
Jose Gilberto [illegible]	[illegible]	José	José	José	José		José

CENZA	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCION PREOPERACIONAL AL SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	CODIGO FT-SST-038 VERSION 003 FECHA 31/07/2020

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Agusto Gonzalez | NUMERO DE IDENTIFICACION: 8[illegible]

CARGO: Auxiliar de Obra

EQUIPO			
ARNES Gn. X	FECHA:	Agosto de 2025	
	LOTE:	2504	
	SERIE	4101150[illegible]	
	SI	NO	N/A
El arnes presenta las correas cosidas y debidamente aseguradas?	✓		
Las correas y los hilos presentan desgastes?	✓		
Los herrajes (anillo n D, habillas) estan libres de corrosion y oxidacion?	✓		
El arnes esta libre de decoloracion?	✓		
El arnes esta certificado (5000 lb de resistencia)?	✓		
Los elementos metalicos estan libres de deformacion?	✓		
ESLINGA DE EDTENCION DE DOBLE TERMINAL (Y) O DE UN SOLO TERMINAL	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
La eslinga cuenta con costuras en buen estado?	✓		
La eslinga presenta el absorbedor de choque en buenas condiciones?	✓		
Los mosquetones o ganchos presentan oxidacion?		✓	
Los mosquetones o ganchos abren y cierran sin ninguna dificultad?	✓		
Los ganchos tienen doble seguro?	✓		
Los ganchos y/o mosquetones presentan alguna deformacion?		✓	
La eslinga esta certificada (5000 lb de resistencia)?	✓		
ESLINGA DE EDTENCION DE POSICIONAMIENTO	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
La eslinga cuenta con costuras en buen estado?			
Los mosquetones o ganchos presentan oxidacion?			
Los mosquetones o ganchos abren y cierran sin ninguna dificultad?			
Los ganchos tienen doble seguro?			
Los ganchos y/o mosquetones presentan alguna deformacion?			
La eslinga esta certificada (5000 lb de resistencia)?			
LINEAS DE VIDA HORIZONTAL, VERTICAL O RETRACTIL	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
La linea de vida presenta añadiduras?			
La linea de vida presenta desgaste o se encuentra deshilachada?			
La linea de vida presenta nudos o quemaduras?			
El recorrido de la autoretractil presenta alguna dificultad o anomalia?			
Los conectores presentan deformaciones, corrosion y oxidacion?			
PUNTO DE ALCLAJES O MECANICOS DE ANCLAJE	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
El punto de anclaje es de facil acceso por el trabajador			
El punto de anclaje esta instalado en la estructura firme y solida?			
Existen dos o mas puntos de anclaje para linea de vida y cuerda de trabajo?			

TENER EN CUENTA QUE LAS NO CONFORMIDADES SE DEBEN CORREGIR DE FORMA EFECTIVA PARA MITIGAR EL RIESGO DE CAIDA

Observaciones:

FIRMA DEL TRABAJADOR: [signature]

GEMZA	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCION PREOPERACIONAL AL SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	CODIGO:IPT-SST-035 VERSION:002 FECHA:03/02/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Henry Forero | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1065[illegible]

CARGO: Aux Civ

EQUIPO	FECHA:		
ARNES	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
El arnes presenta las correas cosidas y debidamente aseguradas?	✓		
Las correas y los hilos presentan desgastes?		✓	
Los herrajes (anillo = D, hebillas) estan libres de corrosion y oxidacion?	✓		
El arnes esta libre de decoloracion?	✓		
El arnes esta certificado (5000 lb de resistencia)?	✓		
Los elementos metalicos estan libres de deformacion?	✓		
ESLINGA DE EDTENCION DE DOBLE TERMINAL (Y) O DE UN SOLO TERMINAL	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
La eslinga cuenta con costuras en buen estado?	✓		
La eslinga presenta el absorbedor de choque en buenas condiciones?	✓		
Los mosquetones o ganchos presentan oxidacion?		✓	
Los mosquetones o ganchos abren y cierran sin ninguna dificultad?	✓		
Los ganchos tienen doble seguro?	✓		
Los ganchos y/o mosquetones presentan alguna deformacion?		✓	
La eslinga esta certificada (5000 lb de resistencia)?	✓		
ESLINGA DE EDTENCION DE POSICIONAMIENTO	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
La eslinga cuenta con costuras en buen estado?			
Los mosquetones o ganchos presentan oxidacion?			
Los mosquetones o ganchos abren y cierran sin ninguna dificultad?			
Los ganchos tienen doble seguro?			
Los ganchos y/o mosquetones presentan alguna deformacion?			
La eslinga esta certificada (5000 lb de resistencia)?			
LINEAS DE VIDA HORIZONTAL, VERTICAL O RETRACTIL	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
La linea de vida presenta añadiduras?			
La linea de vida presenta desgaste o se encuentra deshilachada?			
La linea de vida presenta nudos o quemaduras?			
El recorrido de la autoretractil presenta alguna dificultad o anomalia?			
Las conectores presentan deformaciones, corrosion u oxidacion?			
PUNTO DE ALCLAJES O MECANICOS DE ANCLAJE	LOTE:		
	SERIE		
	SI	NO	N/A
El punto de anclaje es de facil acceso por el trabajador			
El punto de anclaje esta instalado en la estructura firme y solida?			
Existen dos o mas puntos de anclaje para linea de vida y cuerda de trabajo?			

TENER EN CUENTA QUE LAS NO CONFORMIDADES SE DEBEN CORREGIR DE FORMA EFECTIVA PARA MITIGAR EL RIESGO DE CAIDA

Observaciones:

FIRMA DEL TRABAJADOR: Henry Yahir Forero Ruiz

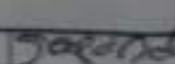
GENZA	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSPECCION PREOPERACIONAL AL SISTEMA DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	CODIGO:FT-SST-036 VERSION:003 FECHA:03/07/2018

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Segundo Hernandez	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:
CARGO: Tecnico de Obra	

EQUIPO				
ARNES	FECHA: Agosto 2021 LOTE: 2021-1 SERIE: 4100328001			
	SI	NO	N/A	
El arnes presenta las correas cosidas y debidamente aseguradas?	✓			
Las correas y los hilos presentan desgastes?		✓		
Los herrajes (anillo o D, hebillas) estan libres de corrosion y oxidacion?	✓			
El arnes esta libre de decoloracion?	✓			
El arnes esta certificado (5000 lb de resistencia)?	✓			
Los elementos metalicos estan libres de deformacion?	✓			
ESLINGA DE EDTENCION DE DOBLE TERMINAL (Y) O DE UN SOLO TERMINAL	LOTE: SERIE:			
	SI	NO	N/A	
La eslinga cuenta con costuras en buen estado?	✓			
La eslinga presenta el absorbedor de choque en buenas condiciones?	✓			
Los mosquetones o ganchos presentan oxidacion?		✓		
Los mosquetones o ganchos abren y cierran sin ninguna dificultad?	✓			
Los ganchos tienen doble seguro?	✓			
Los ganchos y/o mosquetones presentan alguna deformacion?		✓		
La eslinga esta certificada (5000 lb de resistencia)?	✓			
ESLINGA DE EDTENCION DE POSICIONAMIENTO	LOTE: SERIE:			
	SI	NO	N/A	
La eslinga cuenta con costuras en buen estado?				
Los mosquetones o ganchos presentan oxidacion?				
Los mosquetones o ganchos abren y cierran sin ninguna dificultad?				
Los ganchos tienen doble seguro?				
Los ganchos y/o mosquetones presentan alguna deformacion?				
La eslinga esta certificada (5000 lb de resistencia)?				
LINEAS DE VIDA HORIZONTAL, VERTICAL O RETRACTIL	LOTE: SERIE:			
	SI	NO	N/A	
La linea de vida presenta añadiduras?				
La linea de vida presenta desgaste o se encuentra deshilachada?				
La linea de vida presenta nudos o quemaduras?				
El recorrido de la autoretractil, presera alguna dificultad o anomalia?				
Los conectores presentan deformaciones, corrosion u oxidacion?				
PUNTO DE ALCLAJES O MECANICOS DE ANCLAJE	LOTE: SERIE:			
	SI	NO	N/A	
El punto de anclaje es de facil acceso por el trabajador				
El punto de anclaje esta instalado en la estructura firme y solida?				
Existen dos o mas puntos de anclaje para linea de vida y cuerda de trabajo?				

TENER EN CUENTA QUE LAS NO CONFORMIDADES SE DEBEN CORREGIR DE FORMA EFECTIVA PARA MITIGAR EL RIESGO DE CAIDA

Observaciones:

FIRMA DEL TRABAJADOR: 

CEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO:ST-SST-007
VERSION:002
FECHA:03/03/2026

FECHA INICIO: 12/03/2026 HORA DE INICIO: 8:00am FECHA FINAL: 22/3/2026 HORA FINAL: 5:00pm

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Polideportivo ESCUELA

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Mantenimiento pintado y locativo de la cancha del polideportivo

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Pintura y herramientas manuales para pintar

AUTORIZADO POR: Paula Lugo R.

EVALUACION PREVIA

1. PASO A PASO: Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. PELIGROS POTENCIALES: Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando, ¿que puede salir mal? ¿Que sería lo peor que puede ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electricos? ¿riesgos explosivos?, ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e identificado?, entre otros.

3. ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN: Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura, seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1	Inspeccion del area de trabajo	Superficie con obstaculos / transito de personas, caidas al mismo nivel, golpes	Delimitar el area, cinchilla y señalizacion, mantener orden y aseo
2	Inspeccion del andamio Ascenso al andamio	componentes defectuosos, caidas, durante el armado y ascenso al andamio, caidas a diferente nivel	Inspeccion preoperacional, verificar nivelacion, frenos de 3 puntos de apoyo, ascenso frontal
3	Trabajo de mantenimiento uso de herramienta manual o electricas	Trabajo en alturas caida de objetos, caida de herramientas Contacto electrico, caidas golpes, atrapamiento	Uso de arnes de cuerpo completo, eslinga de posicionamiento, herramientas manuales inspeccionadas, extension electrica en buen estado y guantes
4	Desplazamiento del andamio	Movimiento con personal sobre el andamio, volcamiento, caidas	No mover el andamio con personal sobre la plataforma, frenos y ruedas inmovilizadas
5	Finalizacion del trabajo	Manejo de herramientas manuales, caidas golpes	Retiro herramientas, desarmado señalizacion, cuando el area este limpio

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estare expuesto y la aplicación de los respectivos controles.

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1	Jeyson Ortiz	1049335102	Jeyson Ortiz
2	Kenny Rangel	1065569934	Kenny Rangel
3	Jose Molina	1050661526	Jose Molina
4	Erick Rolon	1-05665813	Erick

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paula Lugo R.	1069765412	Paula Lugo R.
Jose Guillermo Rueda Gelvez	1.069.714.789	Jose R-Gelvez

OBSERVACIONES

Uso de casco con barbuquejo, gafas de seguridad, guantes de tejido, botas de seguridad, arnes de cuerpo completo, eslinga de posicionamiento, andamio multidireccional debidamente armado, herramientas manuales, señalizacion

CEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO:FT-SST-037
VERSION:002
FECHA:02/02/2026

FECHA INICIO: 23-07-2026	HORA DE INICIO: 7:00am	FECHA FINAL: 23-07-2026	HORA FINAL: 5:00pm

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: mantenimiento del parqueadero esto estructura, lijado y pintado de la estructura interna.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: polidora con disco de lija y herramientas manuales

AUTORIZADO POR: Paula Lyon R.

EVALUACION PREVIA

1. **PASO A PASO:** Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. **PELIGROS POTENCIALES:** Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando: ¿Que puede salir mal? ¿Qué sería lo peor que puede ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electricos?, ¿riesgos explosivos?, ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e identificado?, entre otros.

3. **ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN:** Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura; seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1	Inspeccion del area de trabajo	Locaciones con desniveles, transito de personas, caidas al mismo nivel, golpes	Delimitar el area con cinta y señalizacion y mantener orden y aseo
2	Inspeccion del andamio Ascenso al andamio	Componentes desajustados caidas durante el armado del andamio, ascenso, caidas a diferente nivel	Inspeccion preoperacional verificar niveles, alturas, arriostres, apoyos de apoyo, cuerpo inferior.
3	Trabajo de mantenimiento, uso de herramientas manuales y electricas	Trabajo en altura, caida de objetos, herramientas, contactos electricos, golpes, cortaduras	Uso de arnes de cuerpo completo eslinga de doble terminal, mantenimiento preventivo a herramientas electricas en buen estado.
4	Desplazamiento del andamio	Mantenimiento con personal sobre el andamio, volcamiento caidas	No mover el andamio con personas sobre la plataforma trabajo y cuerpo inferior.
5	Finalizacion del Trabajo	materiales sueltos, caidas golpes.	Retirar herramientas, demarcar señalizacion del area y retirar el andamio en totalidad.

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estare expuesto y la aplicación de sus respectivos controles.

NO.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paula Lyon	1067855411	Paula Lyon R
Jose Guillermo Rueda Rosales	1.069.914.769	Jose Rueda

OBSERVACIONES:

Uso de carco con barbuquejo, gafas de seguridad, guantes de trabajo, botas de seguridad, arnes de cuerpo completo, eslinga de doble terminal con gancho, herramientas manuales, señalizacion

GEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO:FT-SST-407
VERSION:002
FECHA:03/02/2026

FECHA INICIO: 24/03/2026 HORA DE INICIO: 8:00am FECHA FINAL: 5:00pm HORA FINAL: 24/03/2026

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Polideportivo

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Mantenimiento del polideportivo, pintado de la estructura interna, desmonte de cable roto en alojamiento

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Andamio, Rotadisco con disco de fijo, martillo.

AUTORIZADO POR: Paulo Lujan R.

EVALUACION PREVIA

1. PASO A PASO: Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. PELIGROS POTENCIALES: Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando, ¿que puede salir mal? ¿Qué sería lo peor que puede ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electricos?, ¿riesgos explosivos?, ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados?, ¿equipo adecuado e indentificado?, entre otros.

3. ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN: Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura: seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1	Inspeccion del sitio de trabajo en polideportivo y alrededor de los mujeres	Superficies con desnivel, transito de personal, caidas al mismo nivel, golpes.	Delimitar area de trabajo con cinta de peligro y mantener orden y aseo
2	Inspeccion del andamio y ascenso al tramo, inspeccion en desniveles y ubicacion de altura	Componentes defectuosos, caidas a diferentes niveles, ascenso al andamio y plataforma	Inspeccion preoperacional verificar nivelacion, plataformas y puntos de apoyo ascenso interno
3	Lijado de estructura con pulidora y disco de fijo y herramientas manuales	Trabajo en altura, caida de objetos, herramientas, contacto electrico, golpes y cortaduras	Uso de arnes de cuerpo completo eslinga de doble terminal, inspeccion de pulidora electrica en buen estado
4	Desplazamiento del andamio, demarcar de drywall y ligado	Impacto de estructura con personas sobre el andamio, caida de objetos, golpes caida a distinto nivel.	No mover el andamio en uso con personal arriba, asegurar y nivelar actuar frente cada vez que le mueve el andamio
5	Limpieza de areas y frentes de trabajo orden y aseo	caida a distinto nivel, a mismo nivel, caida de material, golpes o cortes	Retirar herramientas, dejar en condiciones de orden y aseo, con delimitacion
6	Ingreso y salida del sitio.	Transito de personas, caidas al mismo nivel.	Retiro de zona, delimitada

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estare expuesto y la aplicación de los respectivos controles

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1	Jose Eduar Molano Avila	1050056526	Jose Eduar M.
2	Jhon Mantilla	1069502813	Jhon Mantilla
3	Kenny Ronyd F.	1065569869	Kenny Ronyd Fuentes
4	Segundo Lopez Dias	84112767	Segundo Lopez

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paulo Lujano Lujan	1065575412	Paulo Lujan R.
Jose Gustavo Rueda Gomez	1069944789	Jose Rueda

OBSERVACIONES

Uso de EPPS y uso de EPPC calificados, herramientas manuales y electricas, delimitación del area y frentes de trabajo.

GEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO:FT-SST-037
VERSION:002
FECHA:22/02/2023

FECHA INICIO: 25/07/2026 HORA DE INICIO: 7:00am FECHA FINAL: 25/07/2026 HORA FINAL: 12:15pm

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: POLIDEPORTIVO FLORES

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: se va a pintar la estructura interna del polideportivo en la parte superior del polideportivo.

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Compresor de aire para pintar la estructura.

AUTORIZADO POR: Paula Lujan

EVALUACION PREVIA

1. **PASO A PASO:** Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. **PELIGROS POTENCIALES:** Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando, ¿que puede salir mal? ¿Cuál sería lo peor que puede ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo eléctricos?, ¿riesgos explosivos?, ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e identificado?, entre otros.

3. **ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN:** Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura, seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1.	Inspeccionar el area de trabajo, cerramiento de orden y aseo	Caidas a mismo nivel, golpes	Delimitacion de area de trabajo con cinta de peligro, mantener orden y aseo
2.	Inspeccion del andamio, de cableado y del compresor.	Componentes defectuosos, caidas a mismo nivel, golpes contundentes.	Uso de EPP, precaución.
3	Ascenso al andamio integral, descenso de los materiales por cuerda	Caidas a diferente nivel, trabajo en altura, caidas de objetos, golpes.	Mantener 3 puntos de apoyo, arnes integral, cuerda de material certificado, uso de EPP, EPPC, trabajar cuerda
4	Preparacion de pintura, y ubicacion del compresor. Soplado de la estructura	caidas a diferente nivel golpes por caida de objetos o contra objetos	Uso de EPP, no mover el andamio con personas encima, usar o instalar barras cada vez que se mueva el andamio.
5	Pintura de 4 por medio del compresor en la estructura.	Caidas a diferentes niveles, cableado o herramientas defectuosas.	mantener aislado a puntos fijos, mantener demarcado el andamio, cableado asegurado, herramientas y equipos en el andamio.
6	Bajar herramientas y equipos, hacer orden y aseo en el sitio	caida a diferente nivel, golpes por o contra caida de objetos	mantener distancia, bajar herramientas con precaucion, por medio de cuerda, uso, domino con precaución

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estaré expuesto y la aplicación de las respectivas medidas.

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1	Kenny Ramos J.	1065	Kenny Ramos J.
2	Jesse Molina	1050	Jesse Molina
3	Sebastian Quintero	1040	Sebastian Quintero

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paula Lujan	1065	Paula Lujan P.

OBSERVACIONES:

Uso de EPP, EPPC, andamio certificado e inspeccionado

GEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO:FT-SST-037
VERSION:003
FECHA:03/02/2026

FECHA INICIO: 26/07/2026 HORA DE INICIO: 7:00am FECHA FINAL: 26/07/2026 HORA FINAL: 3:00 PM

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Polideportivo Eduba

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Lijado y pintado de la estructura interna del Polideportivo

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: compresor de aire

AUTORIZADO POR: Paula Lugo

EVALUACION PREVIA

1. PASO A PASO: Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. PELIGROS POTENCIALES: Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando, ¿que puede salir mal? ¿Qué sería lo peor que pueda ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electricos?, ¿riesgos explosivos?, ¿herramienta/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e indentificado?, entre otros.

3. ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN: Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura, seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1	Inspeccionar el área de trabajo, condiciones de orden y aseo.	caidas al mismo nivel, golpes	Delimitacion del area de trabajo, con conos de peligro mantener orden y aseo.
2.	Inspección del andamio del tablonado y del compresor.	Componentes defectuosos, golpes a mismo nivel, caidas, cortaduras.	Uso de EPP y precaución
3.	Ascenso interno al andamio, ascenso de materiales por caida	Caidas a diferente nivel golpes por caida de objetos y contra objetos	Mantener 3 puntos de apoyo al ascenso, izado de materiales hasta EPP personal, uso de
4.	Preparacion de la pintura, ubicacion del compresor y limpieza.	caida de objetos, caida de alturas, golpes, cortaduras	Uso de EPPC, no mover el andamio con personal encima liberar e instalar frenos al andamio
5.	Pintar por medio de la estructura y todas sus partes internas	caida a diferentes niveles golpeado o herramientas defectuosas	mantener anclado y portar certificados, delimitacion de area, asegurar herramientas
6	Bajar del andamio, bajar herramientas y descenso interno	caida a diferente nivel o al mismo nivel, golpes por o contra caida	Mantener anclado bajar herramientas con pretinales por medio del inmueble.

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estare expuesto y la aplicación de sus respectivos controles.

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1	Kenny Bonilla	1065569.884	Kenny Bonilla
2	Sebastian Ortiz	1064773.167	Sebastian Ortiz

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paula Lugo R	1065963412.	Paula Lugo R

OBSERVACIONES:

Uso de EPP, EPPC, andamio certificado e inspeccionado

GEMZA

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ANALISIS DE TRABAJO SEGURO - ATS

CODIGO/FT-SST-437
VERSION 003
FECHA 03/05/2026

FECHA INICIO: 27/7/2026 HORA DE INICIO: 7:00am FECHA FINAL: 27/7/2026 HORA FINAL: 5:00pm

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO: Residencial Bajo - Carpintería

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Se va a pintar la estructura interna del polideportivo y se va a iniciar la demolición de la carpintería

EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR: Andamio, compresor, pica y pala, martillo, cornetilla.

AUTORIZADO POR: Paulo Lugo R

EVALUACION PREVIA

1. PASO A PASO: Separe el trabajo a ejecutar en actividades principales y/o en actividades que encierren riesgos puntuales o específicos.

2. PELIGROS POTENCIALES: Identificar y evaluar los peligros en cada una de las actividades analizando, ¿que puede salir mal? ¿Cuál sería lo peor que puede ocurrir? Materiales en el lugar de trabajo, ¿riesgo electricos?, ¿riesgos explosivos?, ¿herramientas/equipos en buenas condiciones?, ¿ruido excesivo?, EPP adecuados? ¿equipo adecuado e indentificado?, entre otros.

3. ACTUAR PARA ASEGURAR LA OPERACIÓN: Tomar las acciones de control necesarias para garantizar que la tarea se haga de manera segura: seguir los procedimientos, asegurar, verificar los bloqueos, señalizar, demarcar las areas, entre otros.

No.	PASOS DEL TRABAJO	PELIGROS Y RIESGOS	ACCIONES O PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA EL CONTROL
1.	Ascenso al andamio, ubicación de equipos y herramientas	caidas al mismo y a diferente nivel, condiciones en mal estado, manejo de pesadas	Señalización y delimitación de frentes de trabajo
2.	Pintura de estructura, demolición de carpintería	caidas a mismo y a diferente nivel, caida de objetos, golpes cortaduras	delimitación de area, EPP y EPPC, orden y aseo.
3.	Descenso del andamio, desplazamiento sobre escombro	Caidas al mismo y a diferente nivel, golpes, cortaduras caida de objetos	delimitación, EPP y EPPC. orden y aseo
4.	Desplazamiento sobre el andamio, ingreso de escombros a lonas	Caidas al mismo nivel a diferente nivel; golpes caida de objetos	Epp. EPPC, orden y aseo
5.	Baja herramientas del andamio, pone en lonas el escombro	Caidas a diferente nivel, caida de o contra objetos golpes, cortaduras	EPPC, orden y aseo, herramientas en lugares seguros
6	Descenso del andamio finaliza actividades	Caidas a diferente nivel golpes o contra caida de objetos	mantener 3 puntos de apoyo, bajar lentamente precaución

EQUIPO QUE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ATS

NOTA: Declaro que he leido y comprendido la información contenida en el presente ATS así como los peligros a los cuales estare expuesto y la aplicación de los respectivos controles

No.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
1	Kenny Raigal T.	1065569989	Kenny Raigal
2	Jhon Murillo	1065062613	Jhon
3	José Molina	1065066566	José M.
	Boyne Landazol	1064037884	

NOMBRE DE QUIEN REVISA Y APRUEBA	NUMERO DE IDENTIFICACION	FIRMA
Paulo Lugo Rodriguez	1065615413	Paulo Lugo R
José Guillermo Lopez Gallardo	1.067.919.769	

OBSERVACIONES:

21/07/2026

* Ingreso de personal.
* Ingreso de materiales
* Trasciego de material.

H4 Sanchez

22/07/2026

* 7:00am - 7:30am Ingreso a las instalaciones.
* 7:30 am - 8:00 am Charla de seguridad por parte de SST - ESUFA
* 8:00am - 8:45 am Firma de permisos de alturas y armada de andamio
* 8:45am - 9:30 am Armado de andamio e iniciación de actividades
* 9:30am - 10:00am Desayuno
* 10:00am - 12:35pm Actividades de liga con herramienta
* 12:35pm - 1:35pm Almuerzo
* 1:35pm - 5:00 pm Actividades de liga, finalización de actividades orden y aseo.

H4 Sanchez

23/07/2026

7:00am - 7:10 am Ingreso a las instalaciones

7:10am - 7:30 am Inspección de area, herramientas, equipos de protección contra caidas, señalización y andamio.

7:30 am - 7:45 am Charla de SST (estilos saludables) y pausas activas.

7:45 am - 12:10pm Ascenso al andamio y continuidad con el proceso de lijado de estructura, desmontado de cielo raso en alojamiento de las mujeres, recoger los escombros del cielo raso, condiciones de orden y aseo en el edificio de alojamiento.

12:00pm - 1:10 pm Almuerzo

1:10pm - 4:45 pm Ascenso al andamio, continuidad con el lijado de la estructura, los otros dos compañeros continuaron con la demolición de cielo raso (117 metros² de drywall)

4:45 pm - 5:00pm se realiza limpieza, orden y aseo en las area de trabajo, polideportivo y alojamiento de las mujeres garantizando señalización y delimitación de areas productivas

M4 Sanchez

24/07/2026

7:00am - 7:10 am Ingreso a las instalaciones

7:10am - 7:20 am Inspeccion de area, herramientas, equipos de proteccion contra caidas, andamio y señalizacion.

7:20am - 12:00pm Asenso al andamio, se continua lijando la estructura del polideportivo interno, otros dos compañeros desmontaron el cielo raso de. en el alojamiento de las mujeres, se recogieron y se limpio el escombro de los cielos rasos que fueron demolidos

12:00pm - 1:00 pm Almuerzo

1:00 pm - 1:10pm Pausas activas y charla SST

1:10 pm - 5:00pm Continuidad de lijado interno del polideportivo, en la estructura

M4 Sánchez

KLIPP

	25/07/2026
7:00am - 7:10 am	Ingreso a las instalaciones
7:10 am - 7:20 am	Pausas activas y charla SST.
7:20 am - 7:30 am	Inspección de área de trabajo, inspección de orden y aseo, inspección de andamio, inspección de EPP y EPPC.
7:30 am - 9:00 am	Preparación de pintura, subida de materiales al andamio, inicio de pintura en la estructura del polideportivo.
9:00 am - 9:50 am	Desayuno.
9:50 am - 11:45 am	Se continua pintando la estructura.
11:45 am - 11:55 am	Se realiza orden y aseo en frente de trabajo, se guardan equipos y herramientas de trabajo.
11:55 am - 12:00 pm	Retiro de las instalaciones.
	MY Sánchez
	26/07/2026
7:00 am - 7:10 am	Ingreso a las instalaciones
7:10 am - 7:20 am	Inspección de área de trabajo, inspección de orden y aseo, inspección de andamio, inspección de EPP y EPPC.
7:20 am - 9:00 am	Se inician actividades de pintura en la estructura interna del polideportivo.
9:00 am - 9:50 am	Desayuno.
9:50 am - 10:00 am	Pausas activas y charla SST
10:00 am - 1:45 pm.	Se continua pintando la estructura interna del polideportivo
1:45 pm - 1:55 pm	Se realiza orden y aseo en frentes de trabajo, se guardan equipos y herramientas.
1:55 - 2:00 pm	Retiro de las instalaciones (La hora de almuerzo se toma de 2-3 para no regresar al sitio en acceso común).
	MY Sánchez

	27/07/2026
7:00am - 7:10 am	Ingreso a las instalaciones
7:10am - 7:20 am	Inspección de area de trabajo, inspección de orden y aseo, inspección de andamio, inspección de EPP y EPPC.
7:20 am - 7:30 am	Charla SST y pausas activas.
7:30 am - 9:05 am	Se inician actividades de pintura en la estructura interna del polideportivo.
9:05 am - 9:45 am	Desayuno
9:45 am - 12:00pm	Continuación de aplicación de pintura en la estructura
12:00pm - 1:00pm	Almuerzo
1:00 pm - 4:53 pm	Se continua pintando la estructura interna del polideportivo, se descarga camion que traia el cielo raso y se ubica en la parte de afuera del baño de las mujeres del polideportivo. Se inicia la demolición de enchape pared y piso en la carpintería, se ubican los escombros en la parte exterior de la carpintería
4:53pm - 5:00pm	Se realiza descanso de herramientas del andamio, descanso del personal
5:00 pm - 5:10 pm	Limpieza, orden y aseo en frentes de trabajo y retiro de las instalaciones.
	28/07/2026
7:00 am - 7:10 am	Ingreso a las instalaciones
7:10 am - 7:20 am	Inspección de area de trabajo, inspección de orden y aseo, inspección de andamio, inspección de EPP y EPPC.
7:20 am - 7:30 am	Pausas activas y charlas SST
7:30 am - 9:00 am	Se realiza ascenso al andamio, se prepara la pintura y se continua pintando la estructura interna, se continua con la demolición de pisos de la carpintería
9:00 am - 9:15 am	Desayuno.

M Y Sánchez

9:45 am - 12:00 pm	Descenso para ir al almuerzo, se continua con la pintura del polideportivo en su estructura interna, se continua con la demolision de piso de la carpintera, se descargan ICOPOR en la PTAR y se almacena allá.
12:00 pm - 1:00 pm	Almuerzo.
1:00 pm - 4:45 pm	Se continua con la demolición del piso en la carpintera, se realza ascenso al andamio preparación de pintura y se continua pintando la estructura interna del polideportivo
4:45 pm - 4:55 pm	Se realiza desenso de andamio, se realiza jornada de orden y aseo.
4:55 pm - 5:03 pm	Almacenamiento de herramientas y materiales, salida de las instalaciones.

M y Sánchez

29/7/2026

7:00 am - 7:10 am	Ingreso a las instalaciones
7:10 am - 7:20 am	Pausas activas, charla SST
7:20 am - 7:30 am	Inspección de frentes de trabajo, orden y aseo inspección de herramientas y andamio
7:30 am - 9:10 am	Ascenso al andamio, subir equipos y herramientas preparación de pintura; se continua pintando el techo de la estructura interna del polideportivo, se continua con la carpintera, la demolicion de tejas de todo el sitio, los escombros se disponen en lonas y se dejan organizadas.
9:10 am - 9:50 am	Desayunando
9:50 am - 12:00 pm	Se continua con la demolición del techo de la capintera y con la pintura de la estructura interna.
12:00 pm - 12:15 pm	Ingreso de materiales (pintura y liner)
12:15 pm - 1:15 pm	Almuerzo
1:15 pm - 4:55 pm	Se continua con la pintada del techo del polideportivo, preparación de pintura y demolicion de techo en la carpintera y escombro en lona.

4:55pm - 5:00pm Se realiza orden y aseo en frentes de trabajo

5:00pm - 5:05pm Salida de las instalaciones y almacenamiento de las herramientas.

MY Sanchez

30/7/2026

7:00am - 7:10am Ingreso a las instalaciones.

7:10am - 7:20am Charla SST y pausas activas.

7:20am - 7:30 am Inspección de frentes de trabajo, andamio, orden y aseo y herramientas de trabajo.

7:30 am - 9:15 am Ascenso al andamio preparación de pintura, inicio de aplicación de pintura en el techo y la estructura interna, se continua con la demolición de la carpintería.

9:15am - 10:00 am Desayuno

10:00am - 1:30pm Se continua con la pintada de la estructura interna, demolición de la carpintería, se realiza orden y aseo y se cobcan los escombros, en la estructura interna se termina gran parte.

1:30pm - 2:10pm Almuerzo

2:10pm - 3:45pm Se continua con la pintura de la estructura interna, los escombros se almacenan en lonas.

3:45pm - 4:25pm Se ingresa el siguiente material

* 400 bloques H5
* 14 Barrillas 1/2
* 80 Fleges 8*20 en 3/8
* 50 kilos de alambre amarre
* 1 Viaje de arena peño x 6 mts
* 50 Bultos de cemex
* 2 libras pantilla 2 1/2

Este material se almacena en las afueras de la carpintería

4:25pm - 5:00pm Se continua pintando y se finalizan actividades en total de la pintura gastado fue 16 galones se realiza orden y aseo y salida de las instalaciones

MY Sanchez

KLIPP

31/7/2026

7:00am - 7:10am Ingreso a las instalaciones

7:10am - 7:20am Inspección de frentes de trabajo, herramientas y equipos, andamio.

7:20am - 9:20am Se inician actividades de pintura en la estructura, interna y se miden dimensiones pintadas

10:10am - Desayuno

10:10 am - 10:20 am Charla SST y pausas activas

10:20 am - 12:00pm se continuan con las actividades de pintura

12:00 pm - 1:00 pm Almuerzo

1:00 pm - 4:50 pm Se continua con la pintura de la estructura interna del polideportivo, se inicia con la subida de cuchillos en la carpintería, en total hoy se gastaron 8 galones de pintura.

4:50 pm - 5:00 pm Bajar y ubicar herramientas, orden y aseo

5:00 pm - 5:05 pm Salida de las instalaciones

Hy sánchez