	MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL FORMATO HOJA DE CONTROL DOCUMENTAL	Código: GDM-F-03 Versión: 01 Fecha: 28/05/2025 Página 1 de 1

CONTROL DE DILIGENCIAMIENTO	Hoja No.	De

IDENTIFICACIÓN	
Código y nombre de la unidad administrativa	
Código y nombre de la oficina productora	
Código y nombre de la serie documental	
Código y nombre de la subserie documental	
Nombre del expediente	

CONTENIDO

Ítem	Fecha de incorporación al expediente (AAAA-MM-DD)	Fecha del documento (AAAA-MM-DD)	Tipo documental (Descripción)	Folios	Funcionario que ingresa el documento (Nombres y Apellidos)	Observaciones

3968

INFORME SST Y SOPORTES

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

3169

INFORME PARCIAL No.1

PERIODO DE 05/12/2025 al 07/04/2026

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONTRATO No. 3631 DE 2025

ADECUACIÓN DEL ÁREA PÚBLICA DEL PARQUE DEL HACHA ENTRE CALLES 35A Y 36 Y ENTRE CARRERAS 31 Y 32 EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO.

CONSORCIO GM HACHA

ABRIL 2026

3970

CONTRATISTA: CONSORCIO GM HACHA

NIT: 902.004.406-7

INFORME PARCIAL No.1

PERIODO DE 05/12/2025 al 07/04/2026

CONTRATO No. 3631 DE 2025

ADECUACIÓN DEL ÁREA PÚBLICA DEL PARQUE DEL HACHA ENTRE CALLES 35A Y 36 Y ENTRE CARRERAS 31 Y 32 EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO.

ELABORÓ	REVISÓ
Responsable SST	Director de Obra
M/T: MAURICIO CAGÜEÑAS Profesional en Ingeniería Industrial Especialista en salud ocupacional Lic. 0808-37-05-2011	M/T: MARÍA EDITH MORENO QUIROGA Ingeniera Civil Especialista en Gerencia de Proyectos

391

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 5
2. RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. 6
   2.1. VIRTUAL DE CAPACITACIÓN DE (50) HORAS EN SST 6
   2.2. RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SG-SST (OBRA) 6
      2.2.1. DICIEMBRE 2025 7
      2.2.2. ENERO 2026 8
      2.2.3. FEBRERO 2026 9
      2.2.4. MARZO 2026 11
   2.3. CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COPASST O VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 13
      2.3.1. PROGRAMA CAPACITACIONES 13
      2.3.2. POLÍTICA DE ALCOHOL Y NO DROGAS Y USO DE EPP 14
      2.3.3. POLÍTICA DE EMERGENCIAS Y USO DE EPP 14
      2.3.4. USO EPP, ORDEN Y ASEO 14
      2.3.5. ERGONOMÍA EN EL TRABAJO Y PREVENCIÓN DE LESIONES 15
      2.3.6. MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS EN OBRA 15
      2.3.7. PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIAS Y EVACUACIÓN 15
      2.3.8. CONSERVACIÓN DE ESPECIES VEGETALES Y MITIGACIÓN DE IMPACTOS 15
      2.3.9. USO CORRECTO DE EPP 15
      2.3.10. MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS 16
      2.3.11. PAUSAS ACTIVAS 16
      2.3.12. HÁBITOS SALUDABLES 16
      2.3.13. RELACIONES CON LA COMUNIDAD 17
      2.3.14. MANEJO DE SEÑALIZACIÓN AMBIENTAL 17
      2.3.15. CONTROL DE TRÁFICO 17
3. AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL 17
   3.1. DICIEMBRE 2025 18
   3.2. ENERO 2026 18
   3.3. FEBRERO 2026 20
   3.4. MARZO 2026 22
   3.5. DICIEMBRE 2025 25

3.6. ENERO 2026 25
3.7. MARZO 2026 25
4. EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES 26
4.1. DICIEMBRE 2025 26
4.2. ENERO 2026 27
4.3. FEBRERO 2026 27
5. INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SST 27
6. POLÍTICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 28
6.1. METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS 28
6.2. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A PELIGROS/RIESGOS IDENTIFICADOS 29
6.3. PLAN DE PREVENCIÓN Y PREPARACIÓN ANTE EMERGENCIAS 31
6.4. BRIGADA DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS 32
6.5. INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO 33
7. CONCLUSIONES 33

3973

INTRODUCCIÓN

El CONSORCIO GM HACHA, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015, la Ley 1562 de 2012 y la normativa vigente, ha desarrollado su Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Este sistema tiene como propósito coordinar de manera conjunta las acciones entre la organización y sus trabajadores, con el fin de aplicar medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo orientadas al mejoramiento continuo de las condiciones laborales, el entorno de trabajo y el control eficaz de los peligros y riesgos presentes en las actividades de la empresa.

Para ello, el CONSORCIO GM HACHA promueve la prevención de lesiones y enfermedades laborales, Siendo el trabajador el más preciado recurso de esta empresa no se escatimará esfuerzo alguno para facilitarle las óptimas condiciones de bienestar en su medio laboral, buscando garantizar a todos unos ambientes de trabajo digno y seguro. Mediante el desarrollo y ejecución de programas orientados a prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo o la existencia de enfermedades profesionales.

El presente informe relaciona las actividades contempladas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo realizadas en el periodo comprendido **del 05 de diciembre de 2025 al 07 de abril de 2026**, en el desarrollo del contrato N.º 3631 de 2025 cuyo objeto es "ADECUACIÓN DEL ÁREA PÚBLICA DEL PARQUE DEL HACHA ENTRE CALLES 35A Y 36 Y ENTRE CARRERAS 31 Y 32 EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO" dando cumplimiento a los requisitos establecidos para la Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo.

RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

El CONSORCIO GM HACHA asigno como el responsable del SG-SST a HENRY MAURICIO CAGÜEÑAS HOLGUÍN Profesional en Salud ocupacional con Resolución de licencia N° 0808-37-05-2011, quien cumple con el perfil y que además para todos los efectos cumple con las actualizaciones correspondientes al respecto se describe en el numeral 1 del presente documento la relación de los cursos SST.

1.1. VIRTUAL DE CAPACITACIÓN DE (50) HORAS EN SST

Dando cumplimiento al **DECRETO 1072 del 2015** en su **ARTÍCULO 2.2.4.6.35. *Capacitación obligatoria.*** Los responsables de la ejecución de los Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), deberán realizar el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas sobre el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que defina el Ministerio del Trabajo en desarrollo de las acciones señaladas en el literal a) del artículo 12 de la Ley 1562 de 2012, y obtener el certificado de aprobación del mismo.

al Artículo 16. de la Resolución 4927 del 2016 ... La actualización de la capacitación virtual. Para mantener vigente la certificación del curso de capacitación virtual las personas deberán realizar una actualización certificada de veinte (20) horas cada tres (3) años, cuyos temarios o módulos serán establecidos por la Dirección de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo.

El consorcio GM Hacha asigno al profesional en salud ocupacional Henry Mauricio Cagüeñas Holguín, quien cumple con el perfil establecido para ser responsable del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la siguiente manera:

- Resolución de Licencia en salud ocupacional 2543 del 2014
- Curso de 20 horas realizado en la ARL POSITIVA el 22 de agosto del 2025.

Anexo Resolución, curso de 50 y 20 horas

1.2. RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – SG-SST (OBRA).

El CONSORCIO GM HACHA en cumplimiento con el numeral 2 del artículo 2.2.4.6.8 del Decreto 1072 de 2015 asigna, documenta y comunica las responsabilidades específicas en Seguridad y Salud en el Trabajo SST a todos los niveles de la organización. Se les comunica las responsabilidades al personal que ingreso como nuevo en el periodo comprendido de este informe **del 05 de diciembre de 2025 hasta el 07 de abril de 2026.** Para todos los efectos se relación el siguiente personal.

1.2.1. DICIEMBRE 2025

Tabla 1 Personal Profesional

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	% DE DEDICACIÓN
3277174	GARCÍA	CASTILLO	GERMAN	ANDRÉS	INGENIERO RESIDENTE	5/12/2025	100%
86073936	CAGÜEÑAS	HOLGUÍN	HENRY	MAURICIO	PROFESIONAL SISO	5/12/2025	100%
35263063	MORENO	QUIROGA	MARÍA	EDITH	DIRECTOR DE OBRA	5/12/2025	30%
79542505	RUIZ	CORREDOR	ALEXANDER		INGENIERO ELÉCTRICO	5/12/2025	30%

Tabla 2 Personal de obra

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
4284618	CELY	HERRERA	CARLOS	ANDRÉS	AYUDANTE DE OBRA	9/12/2025	13/12/2025
17360103	RODRÍGUEZ	GAMBOA	ALBERTO		AUXILIAR DE TRAFICO	5/12/2025	
1006822787	ROJAS	BARBOSA	CAMILO	ANDRÉS	AYUDANTE DE OBRA	5/12/2025	
86049664	BARBOSA	QUEVEDO	ALIPIO		MAESTRO CONSTRUCTOR	11/12/2025	
1121919739	SALAZAR	MORALES	JULIÁN	ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	11/12/2025	
86040166	VIGOYA	DAZA	JAVIER	ALEXANDER	VIGILANTE	17/12/2025	
3210495	FUQUEN	CARRASCO	ERNESTO		AYUDANTE DE OBRA	29/12/2025	
8191337	QUIROGA	PALMA	PEDRO	SIMÓN	AYUDANTE GENERAL	12/08/2022	
1122651751	GARCÍA	CASTILLO	JUAN	JOSE	SUPERVISOR PMT	5/12/2025	

1.2.2. ENERO 2026

Tabla 3 Personal Profesional

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	% DE DEDICACIÓN
3277174	GARCÍA	CASTILLO	GERMAN	ANDRÉS	INGENIERO RESIDENTE	5/12/2025	100%
86073936	CAGÜEÑAS	HOLGUÍN	HENRY	MAURICIO	PROFESIONAL SISO	5/12/2025	100%
35263063	MORENO	QUIROGA	MARÍA	EDITH	DIRECTOR DE OBRA	5/12/2025	30%
79542505	RUIZ	CORREDOR	ALEXANDER		INGENIERO ELÉCTRICO	5/12/2025	30%
1018405880	GONZALES	CETINA	MARIA DE	LOS ANGELES	PROFESIONAL SOCIAL	1/01/2026	50%

Tabla 4 Personal de obra

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
17360103	RODRÍGUEZ	GAMBOA	ALBERTO		AUXILIAR DE TRAFICO	5/12/2025	
1006822787	ROJAS	BARBOSA	CAMILO	ANDRÉS	AYUDANTE DE OBRA	5/12/2025	26/01/2026
86049664	BARBOSA	QUEVEDO	ALIPIO		MAESTRO CONSTRUCTOR	11/12/2025	1/01/2026
1121919739	SALAZAR	MORALES	JULIÁN	ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	11/12/2025	
86040166	VIGOYA	DAZA	JAVIER	ALEXANDER	VIGILANTE	17/12/2025	30/01/2026
3210495	FUQUEN	CARRASCO	ERNESTO		AYUDANTE DE OBRA	29/12/2025	
74245750	CEPEDA	BERNAL	GERNAINE		AYUDANTE DE OBRA	20/01/2026	

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
1125004112	CRISTANCHO	CHAMARRAVI	DARWIN	YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026	
1123203247	LAGOS	CABRERA	RUBEN	DARIO	AYUDANTE DE OBRA	2/01/2026	
1193081559	MARQUEZ	LADINO	BRAYAN	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	16/01/2026	
86086177	SALGADO	BALTA	PABLO	JESÚS	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026	
8191337	QUIROGA	PALMA	PEDRO	SIMÓN	AYUDANTE GENERAL	12/08/2022	
1122651751	GARCÍA	CASTILLO	JUAN	JOSE	SUPERVISOR PMT	5/12/2025	30/01/2026

1.2.3. FEBRERO 2026

Tabla 5. Personal profesional.

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	% DE DEDICACIÓN
3277174	GARCÍA	CASTILLO	GERMAN	ANDRÉS	ING. RESIDENTE	5/12/2025	100%
86073936	CAGÜEÑAS	HOLGUÍN	HENRY	MAURICIO	PROFESIONAL SISO	5/12/2025	100%
35263063	MORENO	QUIROGA	MARÍA	EDITH	DIRECTOR DE OBRA	5/12/2025	30%
79542505	RUIZ	CORREDOR	ALEXANDER		INGENIERO ELÉCTRICO	5/12/2025	30%

Tabla 6. Personal de obra.

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
17360103	RODRÍGUEZ	GAMBOA	ALBERTO		AUXILIAR DE TRAFICO	5/12/2025	
1121919739	SALAZAR	MORALES	JULIÁN	ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	11/12/2025	

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
3210495	FUQUEN	CARRASCO	ERNESTO		AYUDANTE DE OBRA	29/12/2025	
74245750	CEPEDA	BERNAL	GERNAINE		AYUDANTE DE OBRA	20/01/2026	
1125004112	CRISTANCHO	CHAMARRAVI	DARWIN	YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026	
1123203247	LAGOS	CABRERA	RUBEN	DARIO	AYUDANTE DE OBRA	2/01/2026	
1193081559	MARQUEZ	LADINO	BRAYAN	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	16/01/2026	
86086177	SALGADO	BALTA	PABLO	JESÚS	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026	
1106742004	CASTAÑEDA	PRIETO	JHOAN	SEBASTIAN	AYUDANTE DE OBRA	26/02/2026	
1125004112	VILLARRRAGA	SARMIENTO	HERNANDO		OFICIAL	27/02/2026	
1121933548	RAMOS	NOGUERA	JORGE	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	2/02/2026	
1122922418	PISCO	PARRADO	JERSSON	DANIEL	FUNCIONES VARIAS	4/02/2026	
8191337	QUIROGA	PALMA	PEDRO	SIMÓN	AYUDANTE GENERAL	12/08/2022	

1.2.4. MARZO 2026

Tabla 7 Personal profesional.

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	% DE DEDICACIÓN
3277174	GARCÍA	CASTILLO	GERMAN	ANDRÉS	ING. RESIDENTE	5/12/2025	100%
86073936	CAGÜEÑAS	HOLGUÍN	HENRY	MAURICIO	PROFESIONAL SISO	5/12/2025	100%
35263063	MORENO	QUIROGA	MARÍA	EDITH	DIRECTOR DE OBRA	5/12/2025	30%
79542505	RUIZ	CORREDOR	ALEXANDER		INGENIERO ELÉCTRICO	5/12/2025	30%

Tabla 8 Personal de obra

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
17360103	RODRÍGUEZ	GAMBOA	ALBERTO		AUXILIAR DE TRAFICO	5/12/2025	
1121919739	SALAZAR	MORALES	JULIÁN	ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	11/12/2025	
3210495	FUQUEN	CARRASCO	ERNESTO		AYUDANTE DE OBRA	29/12/2025	
74245750	CEPEDA	BERNAL	GERNAINE		AYUDANTE DE OBRA	20/01/2026	02/03/2026
1125004112	CRISTANCHO	CHAMARRAVI	DARWIN	YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026	
1123203247	LAGOS	CABRERA	RUBEN	DARIO	AYUDANTE DE OBRA	2/01/2026	
1193081559	MARQUEZ	LADINO	BRAYAN	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	16/01/2026	02/03/2026
86086177	SALGADO	BALTA	PABLO	JESÚS	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026	
1106742004	CASTAÑEDA	PRIETO	JHOAN	SEBASTIAN	AYUDANTE DE OBRA	26/02/2026	
1125004112	VILLARRRAGA	SARMIENTO	HERNANDO		OFICIAL	27/02/2026	06/03/2026

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
1121933548	RAMOS	NOGUERA	JORGE	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	2/02/2026	
1122922418	PISCO	PARRADO	JERSSON	DANIEL	FUNCIONES VARIAS	4/02/2026	07/03/2026
8191337	QUIROGA	PALMA	PEDRO	SIMÓN	AYUDANTE GENERAL	12/08/2022	

1.2.5. ABRIL 2026

Tabla 9 Personal profesional.

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
3277174	GARCÍA	CASTILLO	GERMAN	ANDRÉS	ING. RESIDENTE	5/12/2025	
86073936	CAGÜEÑAS	HOLGUÍN	HENRY	MAURICIO	PROFESIONAL SISO	5/12/2025	
35263063	MORENO	QUIROGA	MARÍA	EDITH	DIRECTOR DE OBRA	5/12/2025	
79542505	RUIZ	CORREDOR	ALEXANDER	-	INGENIERO ELÉCTRICO	5/12/2025	

Tabla 10 Personal profesional.

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
17360103	RODRÍGUEZ	GAMBOA	ALBERTO		AUXILIAR DE TRAFICO	5/12/2025	
1121919739	SALAZAR	MORALES	JULIÁN	ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	11/12/2025	
3210495	FUQUEN	CARRASCO	ERNESTO		AYUDANTE DE OBRA	29/12/2025	
1125004112	CRISTANCHO	CHAMARRAVI	DARWIN	YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026	
1123203247	LAGOS	CABRERA	RUBEN	DARIO	AYUDANTE DE OBRA	2/01/2026	

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	INGRESO	RETIRO
86086177	SALGADO	BALTA	PABLO	JESÚS	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026	04/04/2025
1106742004	CASTAÑEDA	PRIETO	JHOAN	SEBASTIAN	AYUDANTE DE OBRA	26/02/2026	
1121933548	RAMOS	NOGUERA	JORGE	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	2/02/2026	
8191337	QUIROGA	PALMA	PEDRO	SIMÓN	AYUDANTE GENERAL	12/08/2022	-

1.3. CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COPASST O VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 2013 de 1986, modificada por el Decreto 1295 de 1994 emanados del Ministerio de Trabajo, EL CONSORCIO GM HACHA realizo la actividad de conformación del copasst y funcionamiento del vigía de seguridad y salud en el trabajo durante el primer mes de trabajo, basado en el lineamiento de implementación de las actividades de salud y seguridad conforme con las siguientes acciones en el marco de la conformación, seguimiento y cumplimiento del plan SST.

- En el mes de diciembre del 2025 se realiza elección del representante principal de los trabajadores y se designa al Señor ALIPIO BARBOSA QUEVEDO quien se desempeña como Maestro de Obra.
- Se realiza la constitución del COPPAST.
- Se lleva a cabo el comité de convivencia conforme a las orientaciones del Plan SST y de la resolución 652 de 2012, Resolución 2646 de 2008 y a la Ley 1010 de 2006, así como lo dispuesto en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
- **Anexo DOCUMENTOS COPPAST– ANEXO**

1.3.1. PROGRAMA CAPACITACIONES

De acuerdo con los riesgos y peligros identificados en las actividades desarrolladas de la obra, asi como la implementación del Plan SST que establece la aplicación de charlas de sensibilización y capacitaciones, durante el periodo comprendido del **5 de diciembre de 2025 hasta el 7 de abril 2026**. se ha capacitado al personal en temas específicos de seguridad y salud en el trabajo, temas ambientales, temas de cuidado e higiene y seguridad y de orden y aseo y se realizó la respectiva toma de asistencia. Para todos los efectos se describe a continuación las siguientes.

Fecha	Charla
13-12-2025	Política de alcohol y no drogas y uso de EPP
20-12-2025	Política de emergencias y uso de EPP
27-12-2025	Uso de EPP orden y aseo.
03-01-2026	Ergonomía en el trabajo y prevención de lesiones
10-01-2026	Manejo de residuos sólidos generados en obra

Fecha	Charla
17-01-2026	Procedimientos de emergencia y evacuación
24-01-2026	Conservación de especies vegetales y mitigación de impactos
4/02/2026	Uso Correcto de EPP
11/02/2026	Manejo de sustancias químicas
18/02/2026	Pausas activas
25/02/2026	Hábitos Saludables
11/03/2026	Relaciones con la comunidad
18/03/2026	Manejo de señalización ambiental
25/03/2026	Control de tráfico
04/04/2026	Uso correcto de EPP orden y aseo

Anexo Formatos de asistencia a capacitaciones del periodo comprendido del 5 de diciembre de 2025 hasta el 7 de abril 2026 – ANEXO.

1.3.2. POLÍTICA DE ALCOHOL Y NO DROGAS Y USO DE EPP

El Consorcio GM Hacha promueve un ambiente de trabajo seguro y saludable, por lo que está estrictamente prohibido presentarse a laborar bajo los efectos de alcohol o drogas, así como consumir estas sustancias durante la jornada laboral. Estas conductas ponen en riesgo la seguridad propia y la de los demás.

Asimismo, es obligatorio el uso adecuado de los Equipos de Protección Personal (EPP) en todas las actividades que lo requieran. El EPP ayuda a prevenir accidentes y lesiones, por lo que cada trabajador debe utilizarlo correctamente y mantenerlo en buen estado.

El cumplimiento de estas normas es responsabilidad de todos y contribuye a un entorno laboral seguro.

1.3.3. POLÍTICA DE EMERGENCIAS Y USO DE EPP

El Consorcio GM Hacha está comprometida con la prevención y atención oportuna de emergencias. Todos los trabajadores deben conocer los planes de emergencia, rutas de evacuación, puntos de encuentro y seguir las instrucciones del personal encargado para actuar de manera segura y ordenada.

Además, es obligatorio el uso correcto de los Equipos de Protección Personal (EPP) según la actividad realizada. El EPP protege contra riesgos y ayuda a prevenir accidentes, por lo que debe utilizarse en todo momento y mantenerse en buen estado.

1.3.4. USO EPP, ORDEN Y ASEO

El uso de los Equipos de Protección Personal (EPP) es importante porque protege tu cuerpo de accidentes y lesiones mientras trabajas. Elementos como cascos, guantes o gafas pueden evitar daños graves.

El orden y aseo en el lugar de trabajo también son fundamentales, ya que un espacio limpio y organizado reduce el riesgo de caídas, golpes o errores. Además, permite trabajar de manera más eficiente y segura.

En conjunto, usar el EPP y mantener el orden y aseo ayuda a cuidar tu vida, la de tus compañeros y a prevenir accidentes.

1.3.5. ERGONOMÍA EN EL TRABAJO Y PREVENCIÓN DE LESIONES

La ergonomía busca adaptar el trabajo a la persona para evitar esfuerzos innecesarios y prevenir lesiones. Mantener posturas adecuadas, levantar cargas correctamente y ajustar herramientas o equipos ayuda a cuidar el cuerpo. Aplicar buenas prácticas ergonómicas reduce el cansancio, previene dolores musculares y lesiones, y mejora el bienestar en el trabajo. Cuidar la postura y la forma en que realizas tus tareas es clave para proteger tu salud a corto y largo plazo.

1.3.6. MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS EN OBRA

El manejo adecuado de los residuos en obra es fundamental para mantener un ambiente seguro, limpio y ordenado. Todos los trabajadores deben separar los residuos según su tipo (escombros, reciclables, peligrosos, entre otros) y depositarlos en los lugares asignados. Una correcta disposición de los residuos ayuda a prevenir accidentes, evita la contaminación del entorno y facilita su reutilización o disposición final. El compromiso de todos es clave para cuidar el medio ambiente y garantizar un lugar de trabajo seguro.

1.3.7. PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIAS Y EVACUACIÓN

Los procedimientos de emergencia y evacuación permiten actuar de manera rápida y segura ante situaciones como incendios, sismos u otros riesgos. Es importante conocer las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro. En caso de emergencia, se debe mantener la calma, seguir las instrucciones del personal encargado y evacuar de forma ordenada, sin correr ni devolverse. Estar preparados y saber cómo actuar puede salvar vidas y reducir riesgos para todos.

1.3.8. CONSERVACIÓN DE ESPECIES VEGETALES Y MITIGACIÓN DE IMPACTOS

La conservación de especies vegetales busca proteger la flora del entorno, evitando daños innecesarios durante las actividades en obra. Es importante respetar las áreas verdes, no talar ni afectar plantas sin autorización y cuidar los recursos naturales. La mitigación de impactos consiste en aplicar medidas para reducir los efectos negativos de las actividades sobre el medio ambiente, como el control de residuos, el uso adecuado del agua y la protección del suelo. El compromiso de todos ayuda a preservar el entorno natural y a realizar un trabajo responsable con el medio ambiente.

1.3.9. USO CORRECTO DE EPP

La capacitación sobre uso correcto de EPP, tuvo como finalizad sensibilizar y orientar a los trabajadores acerca de la importancia de utilizar adecuadamente los equipos de protección personal durante la ejecución de sus labores. En esta jornada se socializan los diferentes tipos de EPP requeridos según los riesgos presentes en las actividades, tales como cascos de seguridad, guantes, gafas de protección, botas de seguridad, chaleco reflectivo, protección auditiva y respiratoria.

Durante la capacitación se explican las condiciones de uso, ajuste y mantenimiento de cada elemento, haciendo énfasis en los EPP constituyen una medida preventiva fundamental para reducir la probabilidad de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales.

Así mismo se brindan recomendaciones sobre la correcta inspección para su uso, identificación de daños o desgaste y los procedimientos para su reposición cuando se requiera.

De esta manera, se busca garantizar las condiciones de trabajo seguras, minimizando los riesgos asociados a las actividades desarrolladas y contribuyendo al bienestar de todo el personal involucrado en el proyecto.

1.3.10. MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

La capacitación sobre manejo seguro de sustancias químicas tuvo como propósito brindar a los trabajadores los conocimientos necesarios para identificar, manipular y almacenar adecuadamente productos químicos utilizados durante la ejecución de actividades laborales.

En la jornada de sensibilización se socializaron los principales riesgos asociados a la exposición de sustancias, así como las medidas preventivas que deben adoptarse para evitar incidentes, afectaciones de salud o impactos del medio ambiente.

En el desarrollo de la capacitación se explican aspectos fundamentales como la correcta lectura e interpretación de pictogramas de peligro, el uso adecuado de recipientes y las condiciones seguras de almacenamiento y transporte,

Así mismo se refuerza la importancia de utilizar elementos de protección personal (EPP), requeridos para cada tipo de sustancia con el fin de reducir el riesgo de contacto, inhalación o ingestión accidental, orientando a los trabajadores sobre los procedimientos y la actuación en caso de derrames, fugas o emergencias relacionadas con sustancias químicas, incluyendo medidas de contención, limpieza y reporte oportuno de incidentes.

Se busca con esto, fortalecer la cultura preventiva y promover prácticas que contribuyan a proteger la salud del personal y garantizar un manejo responsable de estos productos en el área laboral.

1.3.11. PAUSAS ACTIVAS

La sensibilización sobre PAUTAS ACTIVAS tiene como objeto promover hábitos saludables en el entorno laboral mediante la realización de breves ejercicios físico y de estiramiento durante la jornada de trabajo. Estas actividades permiten reducir la fatiga física y mental generada por las labores repetitivas o por mantener posturas prolongadas, contribuyendo así al bienestar general de los trabajadores y así a la prevención de molestias musculoesquelética.

Durante la capacitación se explican los beneficios de implementar pausas activas de manera periódica, tales como la mejora de la circulación sanguínea, disminución de estrés laboral y el aumento de la concentración y productividad, por ende, se enseñan diferentes ejercicios de estiramiento y movilidad dirigidos a las principales zonas del cuerpo que suelen verse afectadas durante la jornada laboral, COMO ESPALDA, CUELLO, BRAZOS Y PIERNAS.

1.3.12. HÁBITOS SALUDABLES

La sensibilización sobre HÁBITOS SALUDABLES tuvo como fin promover estilos de vida que contribuyan al bienestar físico y mental de los trabajadores, fortaleciendo prácticas que favorezcan la salud dentro y fuera del entorno laboral.

Por ende, se socializa la importancia de tener rutinas adecuadas con la actividad física, el descanso adecuado, el manejo del estrés, la alimentación, entre otros factores clave para mejorar la calidad de vida y el desempeño laboral.

Se brindan recomendaciones orientadas a fomentar conductas saludables con el objeto de prevenir enfermedades y fortalecer el sistema inmunológico, resaltando la importancia de una adecuada hidratación durante la jornada laboral, especialmente en los días soleados, el consumo responsable de alimentos nutritivos y la adopción de rutinas que ayuden a mantener el equilibrio entre el trabajo y el bienestar personal.

Así mismo, se busca generar conciencia en los trabajadores sobre lo importante que es tener autocuidado como parte fundamental de la seguridad y salud en el trabajo, la implementación de hábitos saludables contribuye a mejorar la concentración, estado de ánimo y energía, promoviendo entornos laborales productivos y saludables.

1.3.13. RELACIONES CON LA COMUNIDAD

Sensibilizar al personal de obra en el tema de relaciones con la comunidad es fundamental para garantizar una convivencia armónica entre el proyecto y su entorno social. Una formación adecuada permite que el personal comprenda la importancia del respeto cultural, la gestión de conflictos y la comunicación efectiva, reduciendo así posibles tensiones, malentendidos o impactos negativos en la población local.

la sensibilización contribuye al éxito sostenible del proyecto, ya que fortalece la confianza y la colaboración con la comunidad. Cuando el personal está preparado para manejar inquietudes, quejas o sugerencias de manera adecuada, se promueve un ambiente de diálogo y participación que facilita el desarrollo de las actividades constructivas

1.3.14. MANEJO DE SEÑALIZACIÓN AMBIENTAL

El manejo de la señalización ambiental es un elemento clave para prevenir riesgos y promover buenas prácticas dentro de un proyecto de obra. A través de señales claras y visibles, se informa al personal y a la comunidad sobre normas de comportamiento, zonas restringidas, puntos de disposición de residuos, áreas protegidas y posibles peligros ambientales. Una señalización adecuada no solo contribuye a la seguridad de los trabajadores, sino que también ayuda a minimizar impactos negativos sobre el entorno, como la contaminación, la afectación de recursos naturales o el deterioro de áreas sensibles.

1.3.15. CONTROL DE TRÁFICO

El control de tráfico en proyectos de obra es fundamental para garantizar la seguridad tanto de los trabajadores como de los usuarios de las vías cercanas. Una adecuada gestión del tránsito permite organizar la circulación de vehículos, maquinaria y peatones, reduciendo el riesgo de accidentes y mejorando la fluidez en zonas intervenidas. La implementación de señalización clara, el uso de personal capacitado (paleteros) y la definición de rutas alternas son medidas clave para minimizar impactos negativos en la movilidad y asegurar el desarrollo ordenado de las actividades constructivas

Anexo- FOLLETOS SENSIBILIZACIONES Y/O CAPACITACIONES

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Se relaciona mensualmente a partir del **5 de diciembre de 2025 a 7 de abril de 2026,** el personal profesional y de obra que hace parte del equipo de trabajo para la ejecución de actividades del contrato de obra 3631 de 2025

1.1. DICIEMBRE 2025

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
GERMAN ANDRES GARCIA CASTILLO	INGENIERO	3.277.174	DEPENDIENTE	$ 2.500.000,00	9497824831	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
HENRY MAURICIO CAGUEÑAS HOLGUIN	SISO	86.073.936	DEPENDIENTE	$ 2.500.000,00	9497824831	NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA	V	COFREM
JULIAN ANDRES SALAZAR MORALES	AUXILIAR DE TRAFICO	1.121.919.739	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497824831	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CAMILO ANDRES ROJAS BARBOSA	AYUDANTE DE OBRA	1.006.822.787	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497824831	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
ALIPIO BARBOSA QUEVEDO	MAESTRO CONSTRUCTOR	86.049.664	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497824831	CAJACOPI	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CARLOS ANDRES CELY HERRERA	AYUDANTE DE OBRA	4284618	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497824831	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	V	COFREM
ALBERTO RODRIGUEZ GAMBOA	AUXILIAR DE TRAFICO	17360103	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497824831	SANITAS	-	SURA	V	COFREM
JAVIER ALEXANDER VIGOYA DAZA	VIGILANTE	86040166	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497824831	CAJACOPI	COLPENSIONES	SURA	V	COFREM
ERNESTO FUQUEN CARRASCO	OFICIAL	3210495	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497824831	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
QUIROGA PALMA PEDRO SIMON	AYUDANTE GENERAL	8191337	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497825689	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
GARCÍA CASTILLO JUAN JOSE	SUPERVISOR PMT	1122651751	INDEPENDIENTE	$ 2.742.017,00	9496573447	SANITAS	COLPENSIONES	SURA	V	NA

NOTA: *El señor Quiroga Palma Pedro Simon, quien desempeña el cargo de ayudante general se encuentra afiliado como dependiente al GRUPO EMPRESARIAL DE INGENIERIA GARCÍA MORENO SAS, empresa que hace parte de los consorciados del CONSORCIO GM HACHA.*

3986

1.2. ENERO 2026

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
GARCÍA CASTILLO GERMAN ANDRÉS	ING RESIDENTE	3.277.174	DEPENDIENTE	$ 2.500.000	9499086421	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CAGÜEÑAS HOLGUÍN HENRY MAURICIO	SISO	86.073.936	DEPENDIENTE	$ 2.500.000	9499086421	NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA	V	COFREM
RODRIGUEZ GAMBOA ALBERTO	AUXILIAR DE TRAFICO	17.360.103	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	SANITAS	-	SURA	V	COFREM
ROJAS BARBOSA CAMILO ANDRÉS	AYUDANTE DE OBRA	1.006.822.787	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
BARBOSA QUEVEDO ALIPIO	MAESTRO CONSTRUCTOR	86.049.664	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	CAJACOPI	PORVENIR	SURA	V	COFREM
SALAZAR MORALES JULIAN ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	1.121.919.739	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
VIGOYA DAZA JAVIER ALEZANDER	VIGILANTE	86.040.166	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	CAJACOPI	COLPENSIONES	SURA	V	COFREM
FUQUEN CARRASCO HERNESTO	AYUDANTE DE OBRA	3.210.495	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CEPEDA BERNAL GERNAINE	AYUDANTE DE OBRA	74.245.750	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	CAJACOPI	PROTECCIÓN	SURA	V	COFREM
CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	1.125.004.112	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	MALLAMAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
LAGOS CABRERA RUBEN DARIO	AYUDANTE DE OBRA	1.123.203.247	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	CAPITAL SALUD	PORVENIR	SURA	V	COFREM
MARQUEZ LADINO BRAYAN DAVID	AYUDANTE DE OBRA	1.193.081.559	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	V	COFREM
SALGADO BALTA PABLO JESUS	AYUDANTE DE OBRA	86.086.177	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9497824831	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
MORENO QUIROGA MARIA EDITH	DIRECTO DE OBRA	35.263.063	INDEPENDIENTE	$ 1.650.000	9498511936-9499046384	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	NA

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
RUIZ CORREDOR ALEXANDER	ING. ELÉCTRICO	79.542.505	INDEPENDIENTE	$ 1.750.905	36095882 - 9499046384	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	SURA	V	NA
GONZALES CETINA MARIA DE LOS ANGELES	PROFESIONAL SOCIAL	1018405880	INDEPENDIENTE	$ 1.750.905	6010345588-9501092017	SURA	PORVENIR	SURA	V	N/A
QUIROGA PALMA PEDRO SIMON	AYUDANTE GENERAL	9499439484	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497825689	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
GARCÍA CASTILLO JUAN JOSE	SUPERVISOR PMT	1122651751	INDEPENDIENTE	$ 2.742.017,00	9498588716	SANITAS	COLPENSIONES	SURA	V	NA

NOTA: *El señor Quiroga Palma Pedro Simon, quien desempeña el cargo de ayudante general se encuentra afiliado como dependiente al GRUPO EMPRESARIAL DE INGENIERIA GARCÍA MORENO SAS, empresa que hace parte de los consorciados del CONSORCIO GM HACHA.*

1.3. FEBRERO 2026

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
GARCÍA CASTILLO GERMAN ANDRÉS	ING RESIDENTE	3.277.174	DEPENDIENTE	$ 2.500.000	9501143380	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CAGÜEÑAS HOLGUÍN HENRY MAURICIO	SISO	86.073.936	DEPENDIENTE	$ 2.500.000	9501143380	NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA	V	COFREM
RODRIGUEZ GAMBOA ALBERTO	AUXILIAR DE TRAFICO	17.360.103	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	SANITAS	-	SURA	V	COFREM
SALAZAR MORALES JULIAN ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	1.121.919.739	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
FUQUEN CARRASCO ERNESTO	AYUDANTE DE OBRA	3.210.495	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
CEPEDA BERNAL GERNAINE	AYUDANTE DE OBRA	74.245.750	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	CAJACOPI	PROTECCIÓN	SURA	V	COFREM
LAGOS CABRERA RUBEN DARIO	AYUDANTE DE OBRA	1.123.203.247	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	CAPITAL SALUD	PORVENIR	SURA	V	COFREM
MARQUEZ LADINO BRAYAN DAVID	AYUDANTE DE OBRA	1.193.081.559	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	V	COFREM
SALGADO BALTA PABLO JESUS	AYUDANTE DE OBRA	86.086.177	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN	AYUDANTE DE OBRA	1106742004	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	1125004112	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	MALLAMAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
PISCO PARRADO JERSSON DANIEL	FUNCIONES VARIAS	1122922418	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	V	COFREM
RAMOS NOGUERA JORGE DAVID	AYUDANTE DE OBRA	1121933548	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	FAMISANAR	PORVENIR	SURA	V	COFREM
VILLARRAGA SARMIENTO HERNANDO	OFICIAL	86054206	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9501143380	FAMISANAR	PROTECCIÓN	SURA	V	COFREM
MORENO QUIROGA MARIA EDITH	DIRECTO DE OBRA	35.263.063	MORENO QUIROGA MARIA EDITH	$ 1.650.000	9498511936-9499046384	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	NA
RUIZ CORREDOR ALEXANDER	ING. ELÉCTRICO	79.542.505	RUIZ CORREDOR ALEXANDER	$ 1.750.905	36095882 - 9499046384	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	SURA	V	NA
QUIROGA PALMA PEDRO SIMON	AYUDANTE GENERAL	9500975602	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9497825689	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM

NOTA: *El señor Quiroga Palma Pedro Simon, quien desempeña el cargo de ayudante general se encuentra afiliado como dependiente al GRUPO EMPRESARIAL DE INGENIERIA GARCÍA MORENO SAS, empresa que hace parte de los consorciados del CONSORCIO GM HACHA.*

3989

1.4. MARZO 2026

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
GARCÍA CASTILLO GERMAN ANDRÉS	ING RESIDENTE	3.277.174	DEPENDIENTE	$ 2.500.000	9502774705	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CAGÜEÑAS HOLGUÍN HENRY MAURICIO	SISO	86.073.936	DEPENDIENTE	$ 2.500.000	9502774705	NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA	V	COFREM
RODRIGUEZ GAMBOA ALBERTO	AUXILIAR DE TRAFICO	17.360.103	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	SANITAS	-	SURA	V	COFREM
SALAZAR MORALES JULIAN ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	1.121.919.739	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
FUQUEN CARRASCO ERNESTO	AYUDANTE DE OBRA	3.210.495	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CEPEDA BERNAL GERNAINE	AYUDANTE DE OBRA	74.245.750	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	CAJACOPI	PROTECCIÓN	SURA	V	COFREM
LAGOS CABRERA RUBEN DARIO	AYUDANTE DE OBRA	1.123.203.247	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	CAPITAL SALUD	PORVENIR	SURA	V	COFREM
MARQUEZ LADINO BRAYAN DAVID	AYUDANTE DE OBRA	1.193.081.559	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	V	COFREM
SALGADO BALTA PABLO JESUS	AYUDANTE DE OBRA	86.086.177	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN	AYUDANTE DE OBRA	1106742004	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	1125004112	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	MALLAMAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
PISCO PARRADO JERSSON DANIEL	FUNCIONES VARIAS	1122922418	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA	V	COFREM
RAMOS NOGUERA JORGE DAVID	AYUDANTE DE OBRA	1121933548	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	FAMISANAR	PORVENIR	SURA	V	COFREM
VILLARRAGA SARMIENTO HERNANDO	OFICIAL	86054206	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	FAMISANAR	PROTECCIÓN	SURA	V	COFREM

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
MORENO QUIROGA MARIA EDITH	DIRECTO DE OBRA	35.263.063	MORENO QUIROGA MARIA EDITH	$ 1.650.000	9502188358 9502283172	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	NA
RUIZ CORREDOR ALEXANDER	ING. ELÉCTRICO	79.542.505	RUIZ CORREDOR ALEXANDER	$ 1.750.905	36660268 9502283172	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	SURA	V	NA
QUIROGA PALMA PEDRO SIMON	AYUDANTE GENERAL	9500975602	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9502777725	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM

NOTA: *El señor Quiroga Palma Pedro Simón, quien desempeña el cargo de ayudante general se encuentra afiliado como dependiente al GRUPO EMPRESARIAL DE INGENIERIA GARCÍA MORENO SAS, empresa que hace parte de los consorciados del CONSORCIO GM HACHA.*

1.5. ABRIL 2026

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
GARCÍA CASTILLO GERMAN ANDRÉS	ING RESIDENTE	3.277.174	DEPENDIENTE	$ 2.500.000	9502774705	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CAGÜEÑAS HOLGUÍN HENRY MAURICIO	SISO	86.073.936	DEPENDIENTE	$ 2.500.000	9502774705	NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA	V	COFREM
RODRIGUEZ GAMBOA ALBERTO	AUXILIAR DE TRAFICO	17.360.103	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	SANITAS	-	SURA	V	COFREM
SALAZAR MORALES JULIAN ANDRÉS	AUXILIAR DE TRAFICO	1.121.919.739	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	SANITAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
FUQUEN CARRASCO ERNESTO	AYUDANTE DE OBRA	3.210.495	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
LAGOS CABRERA RUBEN DARIO	AYUDANTE DE OBRA	1.123.203.247	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	CAPITAL SALUD	PORVENIR	SURA	V	COFREM
SALGADO BALTA PABLO JESUS	AYUDANTE DE OBRA	86.086.177	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

NOMBRES Y APELLODOS	CARGO /OFICIO	CÉDULA	AFILIACIÓN	ASIGNACIÓN SALARIAL	N° DE PLANILLA	AFILIACION				
						EPS	PENSION	ARL	NIVEL	CCF
CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN	AYUDANTE DE OBRA	1106742004	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	1125004112	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	MALLAMAS	PORVENIR	SURA	V	COFREM
RAMOS NOGUERA JORGE DAVID	AYUDANTE DE OBRA	1121933548	DEPENDIENTE	$ 1.750.905	9502774705	FAMISANAR	PORVENIR	SURA	V	COFREM
QUIROGA PALMA PEDRO SIMON	AYUDANTE GENERAL	9500975602	DEPENDIENTE	$ 1.423.500,00	9502777725	NUEVA EPS	PORVENIR	SURA	V	COFREM

NOTA: *El señor Quiroga Palma Pedro Simón, quien desempeña el cargo de ayudante general se encuentra afiliado como dependiente al GRUPO EMPRESARIAL DE INGENIERIA GARCÍA MORENO SAS, empresa que hace parte de los consorciados del CONSORCIO GM HACHA.*

3992

Para los anteriores se realizó las respectivas afiliaciones a las centrales de seguridad social y seguidamente los pagos de aportes al sistema de seguridad social y aportes a parafiscales en los términos de la ley 789 del 2002, el Decreto 1703 de 2002 y demás normas concordantes como se menciona en el numeral 18 de la cláusula 3 del contrato de obra 3631 de 2025 cuyo objeto es **"ADECUACIÓN DEL ÁREA PÚBLICA DEL PARQUE DEL HACHA ENTRE CALLES 35A Y 36 Y ENTRE CARRERAS 31 Y 32 EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO.**

Ver planillas de pago de seguridad social del periodo del **05/12/2025 al 07/04/2026,** adjuntas con el comprendido de documentos de soporte del presente informe.

Ahora bien, para el presente periodo de reporte se efectuó el retiro de los siguientes trabajadores, para los cuales se anexan los soportes de paz y salvo.

1.6. DICIEMBRE 2025

No.	CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	F. TERMINACIÓN
1	4284618	CELY	HERRERA	CARLOS	ANDRÉS	AYUDANTE DE OBRA	13/12/2025

1.7. ENERO 2026

No.	CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	F. TERMINACIÓN
1	1.006.822.787	ROJAS	BARBOSA	CAMILO	ANDRÉS	AYUDANTE DE OBRA	26/01/2026
2	86.049.664	BARBOSA	QUEVEDO	ALIPIO		MAESTRO CONSTRUCTOR	1/01/2026
3	86.040.166	VIGOYA	DAZA	JAVIER	ALEXANDER	VIGILANTE	30/01/2026
4	1122651751	GARCÍA	CASTILLO	JUAN	JOSE	SUPERVISOR PMT	30/01/2026

1.8. MARZO 2026

No.	CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	F. TERMINACIÓN
1	74245750	CEPEDA	BERNAL	GERMAINE		AYUDANTE DE OBRA	02/03/2026
2	1193081559	MARQUEZ	LADINO	BRAYAN	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	02/03/2026
3	1125004112	VILLARRRAGA	SARMIENTO	HERNANDO		OFICIAL	06/03/2026
4	1122922418	PISCO	PARRADO	JERSSON	DANIEL	FUNCIONES VARIAS	07/03/2026

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

1.9. ABRIL 2026

No.	CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	F. TERMINACIÓN
1	86086177	SALGADO	BALTA	PABLO	JESÚS	AYUDANTE DE OBRA	04/04/2026

EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Dando cumplimiento a la normatividad vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo, EL CONSORCIO GM HACHA realizo los exámenes médicos ocupacionales correspondientes a los trabajadores que ingresaron a laborar durante el periodo comprendido del **05 de diciembre de 2025 hasta el 07 de abril de 2026.**

Para todos los efectos se realizó la gestión de citas al personal y esto se hizo con un proveedor de servicios idóneo y profesional del caso quien es el que actúa en pro de la integridad de los empleados, cabe mencionar que también se estima para el mismo personal ejecutar los exámenes de egreso correspondientes según sea la necesidad de los colaboradores para efectos de dar cumplimiento de la implementación del plan SST.

1.1. DICIEMBRE 2025

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	F. INICIO
3277174	GARCÍA	CASTILLO	GERMAN	ANDRÉS	INGENIERO RESIDENTE	5/12/2025
86073936	CAGÜEÑAS	HOLGUÍN	HENRY	MAURICIO	PROFESIONAL SISO	5/12/2025
17360103	RODRÍGUEZ	GAMBOA	ALBERTO		AYUDANTE DE OBRA	05/12/2025
1006822787	ROJAS	BARBOSA	CAMILO	ANDRÉS	AUXILIAR	05/12/2025
86049664	BARBOSA	QUEVEDO	ALIPIO		MAESTRO CONSTRUCTOR	11/12/2025
1121919739	SALAZAR	MORALES	JULIÁN	ANDRÉS	AUXILIAR	11/12/2025
86040166	VIGOYA	DAZA	JAVIER	ALEXANDER	VIGILANTE	17/12/2025
4284618	CELY	HERRERA	CARLOS	ANDRÉS	AYUDANTE DE OBRA	09/12/2025
3210495	FUQUEN	CARRASCO	HERNESTO		AYUDANTE DE OBRA	29/12/2025
1122651751	GARCÍA	CASTILLO	JUAN	JOSE	SUPERVISOR PMT	05/12/2025

1.2. ENERO 2026

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	F. INICIO
74245750	CEPEDA	BERNAL	GERNAINE		AYUDANTE DE OBRA	20/01/2026
1125004112	CRISTANCHO	CHAMARRAVI	DARWIN	YUSEMID	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026
1123203247	LAGOS	CABRERA	RUBEN	DARIO	AYUDANTE DE OBRA	2/01/2026
1193081559	MARQUEZ	LADINO	BRAYAN	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	16/01/2026
86086177	SALGADO	BALTA	PABLO	JESUS	AYUDANTE DE OBRA	21/01/2026
1122651751	GARCÍA	CASTILLO	JUAN	JOSE	SUPERVISOR PMT	05/12/2025

1.3. FEBRERO 2026

No	CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO	F. INICIO
1	1106742004	CASTAÑEDA	PRIETO	JHOAN	SEBASTIÁN	AYUDANTE DE OBRA	26/02/2026
2	1122922418	PISCO	PARRADO	JERSSON	DANIEL	FUNCIONES VARIAS	04/02/2026
3	1121933548	RAMOS	NOGUERA	JORGE	DAVID	AYUDANTE DE OBRA	02/02/2026
4	86054206	VILLARRAGA	SARMIENTO	HERNANDO		OFICIAL	27/02/2026

Anexo Soportes de afiliaciones y examen médico del personal relacionado – ANEXO

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SST

EL CONSORCIO GM HACHA, dando cumplimiento al Decreto 1072 del 2015 en concordancia con la Resolución 0312 del 2019, realiza las inducciones y reinducciones correspondientes en materia de seguridad y salud en el trabajo con el fin de dar a conocer a los colaboradores, los riesgos a los que van a estar expuestos, las políticas, reglamentos, planes del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Se realizaron las inducciones al siguiente personal:

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO
1106742004	CASTAÑEDA	PRIETO	JHOAN	SEBASTIÁN	AYUDANTE DE OBRA
1122922418	PISCO	PARRADO	JERSSON	DANIEL	FUNCIONES VARIAS
1121933548	RAMOS	NOGUERA	JORGE	DAVID	AYUDANTE DE OBRA

3996.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

CEDULA	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE 1	NOMBRE 2	CARGO
86054206	VILLARRAGA	SARMIENTO	HERNANDO		OFICIAL

Anexo formatos de inducción al personal – ANEXO

POLÍTICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La alta dirección con la participación del COPASST/Vigía SST ha definido una política de SST es comunicada y divulgada a través de procesos de inducción, reinducción, actividades y ciclos de formación, capacitación y por medio de material publicitario, adicionalmente se encuentra publicada en las instalaciones administrativas y en los centros de trabajo, esta cumple con lo establecido en el Decreto 1072 del 2015.

Las políticas son revisadas periódicamente en reuniones de revisión por la dirección; en caso de que se requiera y de acuerdo con los cambios empresariales y en materia de SST. esta actualizada, fechada y firmada por el representante legal.

1.1. METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

El Consorcio GM Hacha adopta como herramienta para la identificación de peligros, evaluación de los riesgos y determinación de controles la Guía Técnica Colombiana GTC 45, en su última actualización del año 2012, la cual establece los lineamientos metodológicos para reconocer, evaluar y priorizar los riesgos presentes en los lugares de trabajo, con el fin de implementar medidas de control eficaces que prevengan accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

La aplicación de esta metodología se desarrolla de manera sistemática, continua y participativa, considerando las condiciones reales de ejecución de las actividades, los procesos constructivos, el entorno de trabajo, los equipos, materiales, herramientas, así como las características del personal expuesto. Para ello, se realiza inicialmente la identificación de peligros, clasificándolos de acuerdo con su naturaleza (físicos, químicos, biológicos, biomecánicos, psicosociales, condiciones de seguridad y fenómenos naturales), conforme a lo establecido en la GTC 45.

Posteriormente, se lleva a cabo la evaluación y valoración de los riesgos, mediante el análisis de la probabilidad de ocurrencia y la severidad de las consecuencias, lo que permite establecer el nivel de riesgo y definir su priorización. Este ejercicio facilita la toma de decisiones orientadas a la implementación de controles jerarquizados, siguiendo el principio de eliminación, sustitución, controles de ingeniería, controles administrativos y uso de elementos de protección personal.

Finalmente, la metodología contempla la determinación e implementación de controles, así como el seguimiento y actualización periódica de la matriz de peligros y riesgos, especialmente cuando se presenten cambios en las actividades, procesos, condiciones de trabajo, incorporación de nuevos equipos o personal, o cuando se identifiquen incidentes, accidentes o condiciones inseguras. De esta manera, el Consorcio GM Hacha garantiza la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en concordancia con la normatividad vigente y los principios de prevención y protección de la vida y la salud de los trabajadores.

1.2. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE A PELIGROS/RIESGOS IDENTIFICADOS

El Consorcio GM Hacha, con el objetivo de mitigar la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales, accidentes ambientales, daños a terceros y/o afectaciones a la propiedad, establece e implementa medidas de prevención y control orientadas a la gestión integral de los peligros y riesgos identificados durante la ejecución de la obra, en concordancia con los lineamientos definidos en la Guía Técnica Colombiana GTC 45 y la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Las medidas adoptadas se fundamentan en el principio de intervención jerárquica del riesgo, priorizando la aplicación de controles en la fuente, en el medio y, finalmente, en el individuo, con el fin de reducir la probabilidad de ocurrencia y la severidad de las consecuencias derivadas de la exposición a los diferentes factores de riesgo. Dichas medidas son definidas a partir de la evaluación y valoración de los riesgos, teniendo en cuenta la naturaleza de las actividades constructivas, las condiciones del entorno, los procesos operativos, los equipos y herramientas utilizados, así como las características del personal vinculado al proyecto.

En este sentido, el Consorcio promueve la adopción de controles preventivos y correctivos que incluyen acciones de carácter técnico, administrativo y operativo, tales como la adecuación de procedimientos seguros de trabajo, la señalización y demarcación de áreas, el mantenimiento preventivo de equipos y maquinaria, la capacitación y sensibilización permanente del personal, y la supervisión continua de las condiciones de trabajo. Estas acciones se complementan con actividades de seguimiento y verificación, orientadas a garantizar la eficacia de los controles implementados y a fomentar una cultura de prevención al interior de la obra.

Las medidas de control que se han establecido durante la ejecución de la obra han sido:

- **Inspecciones**

De acuerdo con las actividades realizadas en el periodo comprendido del **05 de diciembre de 2025 hasta 07 de abril de 2026** se ha dado continuidad de las inspecciones de elementos en obra, y de los elementos de protección personal y EPP, inspecciones de áreas. Inspecciones de elementos de emergencia, inspecciones de maquinaria y equipos.

Se presenta el registro fotográfico de la inspección de los recursos.

- **Señalización**

El CONSORCIO GM HACHA realiza la señalización adecuada de acuerdo con las actividades que se desarrollaron en el periodo comprendido entre el **05 de diciembre de 2025 hasta el 07 de abril de 2026,** el cual comprende este informe parcial N°1 .

- **Recursos**

El CONSORCIO GM HACHA asigna y dispone los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros necesarios para garantizar el bienestar, la seguridad y la salud de los trabajadores durante la ejecución de la obra, en cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y de la normatividad vigente, asegurando las condiciones adecuadas para la prevención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y demás eventos que puedan afectar a los trabajadores, a terceros o al entorno, en consecuencia para el mes de reporte se cuenta con los siguientes.

- Un punto de acopio para la separación dé la fuente
- Se le suministra hidratación al personal
- Se adquirió un servicio para el arrendamiento de la unidad sanitaria con una vivienda de la comunidad

donde se ejecutan las obras, para que el personal pueda satisfacer sus necesidades biológicas.





- **Dotación**

Conforme a la normatividad vigente código sustantivo de trabajo ARTICULO 230. "SUMINISTRO DE CALZADO Y VESTIDO DE LABOR. Modificado por el art. 9, Decreto 617 de 1954. Modificado por el art. 7o. de la Ley 11 de 1984. El nuevo texto es el siguiente: Todo empleador que habitualmente ocupe uno (1) o más trabajadores permanentes, deberá suministrar cada cuatro (4) meses, en forma gratuita, un (1) par de zapatos y un (1) vestido de labor al trabajador, cuya remuneración mensual sea hasta dos (2) meses el salario mínimo más alto vigente. Tiene derecho a esta prestación el trabajador que en las fechas de entrega de calzado y vestido haya cumplido más de tres (3) meses al servicio del empleador." EL CONSORCIO GM HACHA durante la ejecución de la obra entregará la dotación correspondiente a los trabajadores.

En el periodo comprendido de este informe se realiza entrega de los EPP al personal para lo cual se toma el soporte de entrega que se anexa al presente documento y se muestra a continuación el registro fotográfico de evidencia de entrega.







1.3. PLAN DE PREVENCIÓN Y PREPARACIÓN ANTE EMERGENCIAS

EL CONSORCIO GM HACHA para atender oportunamente cualquier emergencia y/o urgencia que se presente al interior de esta, cuenta con los siguientes elementos como mínimo

Tabla 9. Listado de elementos de emergencia en obra.

Equipo	Cantidad
Camilla o tabla rígida	1
Botiquín para primeros auxilios	1
Extintor multipropósito 20 lb	1
Inmovilizador cervical	1

De igual manera se estableció el plan de emergencias para la ejecución de las obras. Con el Plan de Emergencias se pretende minimizar las consecuencias y severidad de los posibles eventos catastróficos que puedan presentarse en un área o sector determinado, disminuyendo las pérdidas que se puedan presentar, tanto humanas como económicas y cuidando la imagen del CONSORCIO GM HACHA.

El plan de Emergencia es un documento que establece una estrategia de respuesta para atender en Forma oportuna, eficiente y eficaz un accidente, un incendio, un evento natural o antrópico. La idea es definir responsabilidades de las personas que intervienen en la operación y su racionalización en el empleo de personal, insumos y equipos.

El objetivo central del plan de Emergencias es proteger la vida humana (empleados, visitantes, Comunidad y demás partes interesadas), la infraestructura, los bienes del consorcio y el medio Ambiente.

Registro fotográfico de los elementos de emergencia en obra.







1.4. BRIGADA DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

Es un grupo de trabajadores organizados debidamente entrenados y capacitados para actuar antes, durante y después de una situación que coloque en riesgo, la vida de las personas, el daño a la propiedad o cualquier accidente de trabajo y/o ambiental.





El CONSORCIO GM HACHA en el mes de febrero realizo la conformación de las siguientes brigadas de emergencias:

- Brigada de primeros auxilios
- Brigada de evacuación y rescate
- Brigada de manejo de incendios
- Brigada ambiental

Registro fotográfico de la inducción de brigadas.



1.5. INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO

Durante el período comprendido entre el **05 de diciembre de 2025 hasta 07 de abril de 2026,** no se presentaron incidentes ni accidentes de trabajo que involucraran a los colaboradores del Consorcio GM Hacha, ni eventos que generaran afectaciones a terceros, al medio ambiente o a la infraestructura asociada al proyecto.

En consecuencia, durante el período evaluado no fue necesario realizar investigaciones de incidentes o accidentes, ni implementar acciones correctivas o preventivas derivadas de este tipo de eventos, toda vez que las actividades ejecutadas se desarrollaron bajo condiciones controladas y conforme a los lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Este resultado obedece al cumplimiento de las medidas de prevención y control implementadas, tales como la realización de inspecciones de seguridad, la entrega y uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP), la ejecución de charlas de seguridad, la adecuada señalización de las áreas de trabajo y la supervisión permanente de las actividades, lo cual contribuyó a minimizar la exposición a riesgos y a promover comportamientos seguros por parte de los trabajadores.

No obstante, el Consorcio continuará fortaleciendo las acciones de prevención, seguimiento y control, con el fin de mantener condiciones de trabajo seguras y prevenir la ocurrencia de incidentes y accidentes durante las siguientes etapas del proyecto.

CONCLUSIONES

Durante el período comprendido entre el **05 de diciembre de 2025 hasta el 07 de abril de 2026**, se dio cumplimiento a las actividades programadas en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) del proyecto, garantizando la aplicación de las medidas de prevención y control definidas para la obra.

En este lapso se realizaron inspecciones periódicas de seguridad a las áreas de trabajo, equipos, herramientas y condiciones locativas, permitiendo la identificación oportuna de riesgos y la implementación de acciones correctivas y preventivas cuando fue necesario, con el fin de preservar condiciones seguras para los trabajadores y terceros.

Así mismo, se efectuó la verificación del uso adecuado de los Elementos de Protección Personal (EPP) conforme a los riesgos identificados por actividad, dejando los respectivos registros y evidencias de entrega, contribuyendo a la reducción de la exposición a factores de riesgo.

Durante el período evaluado se desarrollaron charlas de seguridad y capacitaciones enfocadas en la prevención de accidentes, el autocuidado, el uso correcto de EPP, el orden y aseo, y la identificación de riesgos presentes en la obra, fortaleciendo la cultura preventiva entre el personal vinculado al proyecto.

Adicionalmente, se mantuvo y reforzó la señalización preventiva, informativa y de seguridad, así como la demarcación

de áreas críticas, garantizando la adecuada identificación de riesgos y el control del acceso a zonas de trabajo, en cumplimiento de la normatividad vigente.

Como resultado de las acciones implementadas, durante el período comprendido no se presentaron accidentes de trabajo graves ni eventos que comprometieran la integridad de los trabajadores, evidenciándose el compromiso del Consorcio con la gestión efectiva de la Seguridad y Salud en el Trabajo y el cumplimiento de las obligaciones legales aplicables.

Cordialmente,

ELABORO	REVISO
MAURICIO CAGUEÑAS.	María E Moreno Q.
Responsable SST	**Director de Obra**
M/T: MAURICIO CAGÜEÑAS **Profesional en Ingeniería Industrial Especialista en salud ocupacional Lic. 0808-37-05-2011**	**M/T: MARÍA EDITH MORENO QUIROGA** **Ingeniera Civil** **Especialista en Gerencia de Proyectos**

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

LISTADO DE ANEXOS:

- ANEXO 1 **RESOLUCIÓN, CURSO DE 50 Y 20 HORAS.**
- ANEXO 2 **DOCUMENTOS COPPAST.**
- ANEXO 3 **FORMATOS DE ASISTENCIA AL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 05 DE DICIEMBRE DE 2025 HASTA EL 07 DE ABRIL DE 2026.**
- ANEXO 4 **FOLLETOS SENSIBILIZACIONES Y CAPACITACIONES.**
- ANEXO 5 **SOPORTES DE AFILIACIONES Y EXAMEN MÉDICO DEL PERSONAL RELACIONADO.**
- ANEXO 6 **FORMATOS DE INDUCCIÓN AL PERSONAL.**
- ANEXO 7 **ENTREGA DE EPP**

4005

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 86073936

CAGUENAS HOLGUIN
APELLIDOS

HENRY MAURICIO
NOMBRES

MAURICIO CAGUENAS
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1982
RESTREPO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

14-NOV-2000 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DARIO ECHEVERRI



P-5200102-88093271-M-0086073936-20010720 0198801100A 01 1013102471

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

HENRY MAURICIO CAGUEÑAS HOLGUIN

Con Cedula de Ciudadania No. 86073936

Cursó y aprobó la acción de Formación

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio, a los diecinueve (19) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
Subdirectora
CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

57492193 - 19/12/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9532001825925CC86073936C.

4986

POSITIVA Compañía de Seguros

POSITIVA EDUCA
Felicidad y consciencia por la vida

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante registro RCO-002 del Ministerio de Trabajo, que avala
el proceso de formación acorde con la Circular 063 de 2020

y en su nombre

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Certifican que

HENRY MAURICIO CAGÜEÑAS HOLGUÍN

Identificado(a) con documento de identidad No CC86073936

Cursó y aprobó satisfactoriamente el curso de

Curso 20 horas del SG-SST - Actualización del proceso educativo virtual

Realizado con una intensidad horaria de 20 horas.
Luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 28 de marzo de 2022

CAMILO EUSEBIO GÓMEZ CRISTANCHO
Vicepresidente de Promoción y Prevención
de Positiva Compañía de Seguros

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros · @PositivaCol · PositivaCol · Positiva Colombia

El emprendimiento es de todos · Minhacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | suma 5.0 | educa | comunica

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante registro RCO-002 del Ministerio de Trabajo, Resolución 4927 de 2016
y conforme con la circular 0047 de 2025, en nombre de

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Certifica que

HENRY MAURICIO CAGUEÑAS HOLGUIN

Identificado(a) con documento de identidad No CC86073936

Realizó y aprobó satisfactoriamente el

Curso de 20 horas de actualización de la capacitación virtual en SG-SST

Realizado con una intensidad horaria de 20 horas
Luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 22 de agosto de 2025

uGeHmCheG1

Carlos Iván Heredia Ferreira
Vicepresidente de Promoción y Prevención
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Prevención

Hacienda

909

4009

COPASST

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

4010

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE APERTURA ELECCION DEL COPASST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE APERTURA ELECCION DEL COPASST

Anexo 7.3

EMPRESA: CONSORCIO GM MACHA.

PERIODO: 15-DIC-2025 AL 14 FEB 2026.

Siendo las 7 AM del día LUNES. 15 DIC. 2025., se dio apertura al proceso de votación para la elección de los candidatos al COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO para el período que va del 15- DIC. de 2025 a 14 FEB de 2026.

En calidad de jurados de votación se encargó a los señores: MARIA E MORENO. como coordinador de la mesa de votación y " " como colaborador de la mesa de votación.

María Moreno

Nombre y firma
Coordinador de la mesa de votación

María Moreno

Nombre y Firma
Colaborador de la mesa de votación

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE REGISTRO DE VOTANTES PARA ELECCION DEL COPASST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE REGISTRO DE VOTANTES PARA ELECCION DEL COPASST

Anexo- 7.4

EMPRESA: **FECHA:**

N°	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA O REGISTRO	FIRMA DEL TRABAJADOR
1.	GERMAN A. GARCIA	3.277.174	
2.	JULIAN A. SALAZAR	1.121.919.739	Julian Salazar
3.	CAMILO A. ROJAS	1.006.822.787	Alipio BQ
4.	HENRY M. CAGUEÑAS	86.073.936	MAURICIO CAGUEÑAS.
5.	ALIPIO BARBOSA	86.049.664	Camilo Rojas
6.	CARLOS A. CELY	4.284.618	Carlos Cely H.
7.	ALBERTO RODRIGUEZ	17.360.103	AlbertoRodriguez
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

Coordinador de la Mesa

FECHA: 15 / 12 / 2025

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE CIERRE DE LAS VOTACIONES ELECCION DEL COPASST	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE CIERRE DE LAS VOTACIONES ELECCION DEL COPASST
Anexo-7.5

EMPRESA: Consorcio GM - HACIHA. FECHA: 15-Dic-2025.
PERIODO DE: 15-Dic-2025 AL 14 Feb 2026.

Siendo las (Hora) 9AM del día Lunes., se dio por finalizado el proceso de votación para elección de los candidatos al COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO para el período que va de 15-Dic-2025 AL. 14 Febrero 2026.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CONTEO DE VOTOS:

PERSONA	NÚMERO DE VOTOS
VOTOS EN BLANCO:	0.
VOTOS ANULADOS:	0
TOTAL VOTOS:	7

Resultaron elegidos en esta votación las siguientes personas:

NOMBRE	OFICIO	SECCIÓN	CATEGORÍA	
			PRINCIPAL	SUPLENTE
Mauricio Cordero	Prof. SST		✓	
Germán A. García C.	ing. residente			✓

María Alonso C. — Nombre y firma
Coordinador de la mesa de votación

María Alonso C. — Nombre y Firma
Colaborador de la mesa de votación

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST ACTA DE CONSTITUCION COPASST - VIGIA	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

ACTA DE CONSTITUCION COPASST – VIGIA
Anexo -7.6

El día 15 del mes DICIEMBRE del año 2025 en las instalaciones del Consorcio GM Hacha, se realizó la elección con la participación del Representante Legal y los trabajadores para conformar el COPASST - Vigía Ocupacional, dando cumplimiento a la Resolución 2013 de 1986, Decreto 1295 de 1994 en su artículo 63 y el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015, y a las exigencias de la división de Seguridad y Salud en el Trabajo o salud ocupacional del Ministerio de Trabajo, así como lo dispuesto en el Programa de Salud Ocupacional hoy Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El período de los miembros del comité es de dos (2) meses o hasta la duración del contrato 3631 de 2025 y el Empleador está obligado a proporcionar por lo menos cuatro horas semanales dentro de la jornada normal de trabajo de cada uno de sus miembros para el funcionamiento del COPASST o Vigía.

El Representante Legal del consorcio GM Hacha el Señor **German Andrés García Castillo** nombró a las siguientes personas:

COPASST O VIGIA	
PRINCIPAL MAURICIO CABREJAS.	**SUPLENTE** Germán A García C.
CC: 86073.936	**CC:** 3.277.174
Firma MAURICIO CABREJAS.	**Firma**

REPRESENTANTE LEGAL
CC: 3.277.174 EXPO.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL ANEXO-7.12

Tema: Conformación del Comité de Convivencia Laboral para la verificación de ocurrencias o actos equivalentes a situaciones de Acoso Laboral y modificaciones dentro del mismo.

Ciudad: Villavicencio.
Fecha: 15-Dic-2025.

Objetivo de la reunión:

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1010 del año 2006, y según lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo, se decide conformar el comité de convivencia laboral del CONSORCIO GM HACHA.

Temas tratados:

1. Se decide conformar el Comité de Convivencia Laboral, el cual estará integrado por MAURICIO CASUESAS., donde los anteriores son los principales integrantes en el presente Comité, y Germán Andrés García Castillo.. Estos últimos serán los suplentes dentro del Comité de Convivencia Laboral. Por parte de la alta Dirección se encuentra Germán A. García C..

2. El Comité de Convivencia Laboral da a conocer al personal de la Compañía el procedimiento para el reporte de eventos de Acoso Laboral y como se reciben los reportes del presunto Acoso Laboral.

3. Se define que el presente Comité de convivencia se reunirá bimestralmente, a partir de esta primera reunión, con el fin de evaluar algún posible caso de Acoso laboral, reportado por uno de los trabajadores del Consorcio GM HACHA de acuerdo a lo planteado en el anterior punto, las fechas propuestas para las reuniones del Comité de Convivencia en este año son:

   - Día-Mes-Año. 15-01-2026.

4. Es importante, aclarar que, en caso de llegar a presentarse una situación catalogada como una posible situación de acoso laboral, por algún miembro del personal de la Compañía, el Comité de Convivencia se reunirá de forma extraordinaria, fuera de las fechas ya mencionadas.

401J

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

5. Se agenda la siguiente reunión para el día 15 de 01. 2026.

Casos Evaluados:

Ninguno, ya que esta es la primera reunión de establecimiento del Presente Comité.

Observaciones y/o Sugerencias:

Continuar con las fechas de reuniones planteadas.

Firmas de los asistentes:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST **REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL**	**Código**	**SST/3631/2025**
		Fecha:	**21/11/2025**
		Versión:	**01 de 01**

REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
ANEXO – 3.1

1. OBJETIVO

Establecer normas y procedimientos que permitan proteger la integridad física, mental y social de los trabajadores, garantizando un adecuado ambiente de trabajo mediante prácticas seguras e higiénicas.

2. ALCANCE

Este reglamento aplica a todo el personal directivo, administrativo, técnico y operativo, así como a contratistas, visitantes y proveedores que ingresen a las instalaciones o frentes de trabajo del Consorcio GM Hacha.

3. POLÍTICA DE HIGIENE Y SEGURIDAD

El Consorcio GM Hacha se compromete a:

- Prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Cumplir la normativa vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).
- Proporcionar equipos de protección personal (EPP).
- Implementar programas de capacitación continua.
- Promover la participación activa de los trabajadores.

4. RESPONSABILIDADES

4.1. Empleador

- Proveer ambientes seguros y adecuados.
- Entregar EPP y garantizar su reposición.
- Implementar el Sistema de Gestión de SST.
- Investigar incidentes y accidentes.

4.2. Trabajadores

- Usar correctamente los EPP.
- Cumplir normas y procedimientos de seguridad.
- Reportar condiciones inseguras.
- Participar en las capacitaciones de SST.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

5. NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD

Los trabajadores deberán:

- Respetar las señalizaciones de seguridad.
- Usar casco, guantes, botas, gafas y demás EPP según actividad.
- No manipular equipos para los que no estén autorizados.
- Mantener el orden y la limpieza en su área de trabajo.
- No ingresar en estado de embriaguez o bajo sustancias psicoactivas.
- Reportar inmediatamente incidentes, casi-accidentes o accidentes.
- Cumplir con las indicaciones del Profesional SST.

6. NORMAS DE HIGIENE

- Lavarse las manos antes de comer, después de usar sanitarios o manipular sustancias.
- Usar correctamente los servicios sanitarios y zonas comunes.
- Depositar los residuos en los contenedores adecuados.
- Mantener la limpieza personal durante la jornada.
- Respetar normas de manipulación de alimentos en comedores.

7. ORDEN Y ASEO

- Mantener las herramientas y materiales en sus sitios asignados.
- Mantener libres de obstáculos pasillos, escaleras y salidas de emergencia.
- Señalizar zonas húmedas o resbalosas.

8. PREVENCIÓN DE RIESGOS

8.1. Riesgo Mecánico

- Prohibido retirar protecciones o guardas de máquinas.
- No usar ropa suelta cerca de maquinaria.

8.2. Riesgo Eléctrico

- Solo personal autorizado puede intervenir instalaciones eléctricas.
- Uso obligatorio de guantes dieléctricos cuando corresponda.

8.3. Riesgo en Alturas

- Uso obligatorio de arnés certificado.
- Prohibido trabajar sin línea de vida.

8.4. Riesgo Químico

- Almacenar sustancias según fichas de seguridad (MSDS).
- Uso de mascarilla y guantes cuando sea necesario.

9. EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

El uso de EPP es obligatorio. Incluye:

- Casco
- Gafas de seguridad
- Botas punta de acero
- Chaleco reflectivo
- Guantes
- Arnés (si aplica)
- Protección auditiva
- El trabajador debe mantenerlos limpios y en buen estado.

10. EMERGENCIAS

- Conocer rutas de evacuación.
- Participar en simulacros.
- Informar inmediatamente incendios, fugas o situaciones críticas.
- Seguir instrucciones del brigadista o coordinador de emergencias.

11. SANCIONES .

- El incumplimiento de este reglamento podrá generar:

- Llamado de atención.
- Suspensión temporal de labores.
- Retiro del lugar de trabajo según gravedad.

12. ACEPTACIÓN

- Todos los trabajadores deberán firmar el acta de conocimiento y cumplimiento del presente reglamento.

Representante legal
21/11/2025

	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
	LISTADO DE ASISTENCIA – SST (Seguridad y Salud en el Trabajo)	Versión:	01 de 01

Empresa: Consorcio GM - HACHA. - Charla. Políticas. Alcohol y Drogas. Uso de Epp.
Fecha: 13-12-25

Nº	Nombre y Apellidos	Cedula	Hora de Entrada	Hora de Salida	Firma
1	Maria. Moreno Quiroga.	35263063			Maria Moreno Q
2	German Andres Garcia C.	3.277174.			
3	Henry Mauricio Caguenas	86076936			MAURICIO CAGUEÑAS
4	Alberto Rodriguez Gamboa.	17360103			Alberto Rodriguez
5	Camilo Pozar Barbosa	1006822A17.			Camilo Pozar Barbosa
6	Alipio Barbosa Quevedo.	86049664.			
7	Julian Andres Salazar M.	1121919759.			Julian A. Salazar.
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

4020

	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
	LISTADO DE ASISTENCIA – SST (Seguridad y Salud en el Trabajo)	Versión:	01 de 01

Empresa: Gobierno GM-HACHA - Política Emergencias. - Uso Epps.
Fecha: 20-12-25

Nº	Nombre y Apellidos	Cedula	Hora de Entrada	Hora de Salida	Firma
1	Samuel Andres Garcia.	3277174.			
2	Alipio Barbosa Quevedo.	86049684.			Alipio BQ
3	Javier Alexander Ungaya O.	86040166.			Javier A. Ungaya.
4	Alberto Rodriguez Gamboa.	17360103.			Alberto Rodriguez.
5	Camilo A. Rojas Barbosa.	1006822787.			Camilo A Rojas Barbosa.
6	Juliam Andres Salazar M.	1122194739.			Juliam A. Salazar.
7	Mauricio Cabezas S.	86073936.			Mauricio Cabezas.
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

12pt

	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
	LISTADO DE ASISTENCIA – SST (Seguridad y Salud en el Trabajo)	Versión:	01 de 01

Empresa: Consorcio GM-Hacita – Uso Epp. – Orden y Aseo.
Fecha: 27-12-25

Nº	Nombre y Apellidos	Cedula	Hora de Entrada	Hora de Salida	Firma
1	Germán Andres Erazo	3277174			
2	Maria edith Moreno O.	35263063			
3	Hernesto Fuquen Carrasco.	3.210495			
4	Camilo Andres Rojas.	1006622787			
5	Javier Alexander Vigoya	86040186			
6	Alberto. Rodriguez Barbosa	17360103.			
7	Alipio Oviedo B.	86049664			
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

2201

4023

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

NIT 902.004.406-7

FECHA			HORA		TEMA	Ergonomia en el trabajo y prevencion de lesiones.
D	M	A				
03	01	2026				
FACILITADOR			HENRY MAURICIO CADENAS HOLGOR -			
PERFIL			SST			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	1121919739	JULIAN ANDRES SALAZAR MORALES	AYUDANTE	Salazar Julian.
2	1006822787	CAMILO ANDRES ROJAS BARBOSA	AYUDANTE	Camilo Rojas B.
3	86049664	ALIRIO BARBOSA QUEVEDO	MAESTRO CONSTRUCCION	Aliro B
4	17360103	ALBERTO RODRIGUEZ GAMBOA	AYUDANTE	Alberto Rodriguez
5	86040166	JAVIER ALEXANDER VIGOYA DAZA	VIGILANTE	Javier Alexander Vigoya
6	3210495	ERNESTO FLOREN CARRASCO	OFICIAL	
7	1123203247	RUBEN CARLO LAGOS CABRERA	AYUDANTE	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CADENAS S.

FIRMA FACILITADOR

4024

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

NIT 902.004.406-7

FECHA D	FECHA M	FECHA A	HORA		TEMA	Manejo de Residuos. Sólidos generados en obra
20	01	2026				
FACILITADOR			HENRY MAURICIO GAGO VARGAS HOLGUÍN.			
PERFIL			SST - AMB.			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	1121919739	JULIAN ANDRES SALAZAR MORALES	AUXILIAR	Salazar Julian.
2	1006822787	CAMILO ANDRES ROJAS BARBOSA	AUXILIAR	Camilo Rojas B.
3	17360103	ALBERTO RODRIGUEZ GAMBOA	AUXILIAR	Alberto Rodriguez
4	86040166	JAVIER ALEXANDER UIGOYA ZAZA	VIGILANTE	Javier Alexander Uigoya
5	3210495	ERNESTO EUCLIDES CARRASCO	OFICIAL	
6	1123203247	RUBEN DARIO GAGO CABRERA	AUXILIAR	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO GAGO V.

FIRMA FACILITADOR

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4025

NIT 902.004.406-7

FECHA			HORA		TEMA	Procedimientos de Emergencia - Evacuacion
D	M	A				
17	01	2026				
FACILITADOR			HENRY ROJAS CASTAÑEDA			
PERFIL			SST.			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	1214191739	JULIAN ANDRES SALAZAR MORALES	AYUDANTE	Salazar Julian.
2	1006822787	CAMILO ANDRES ROJAS BARBOSA	AYUDANTE	Camilo Rojas B.
3	7360103	ALBERTO RODRIGUEZ GAMBOA	AYUDANTE	
4	86040166	JAVIER ALEXANDER VIGOYA CAZA	VIGILANTE	Javier Alexander Vigoya
5	3210495	ERNESTO FIGUEROA CARRASCO	OFICIAL	
6	1123203247	RUBEN DARIO VAGOS CABRERA	AYUDANTE	
7	1193081559	BRAYAN DAVID MARQUEZ VADINO	AYUDANTE	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CADENAS.

FIRMA FACILITADOR

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES 4026

NIT 902.004.406-7

FECHA D	FECHA M	FECHA A	HORA		TEMA	Conservación de Especies Vegetales y Mitigación de Impactos
24	01	2026				
FACILITADOR			Henry Mauricio Cabezas Holguín			
PERFIL			SST - Amb -			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	1121949739	Julian Andres Salazar Morales	Ayudante	Salazar Julian.
2	1006822787	Camilo Andres Rojas Barbosa	Ayudante	Camilo Rojas B.
3	17360103	Alberto Rodriguez Gamboa	Ayudante	Alberto Rodriguez
4	86040166	Javier Alexander Ujueta Daza	Vigilante	Javier Alexander Ujueta
5	3210495	Ernesto Eudoxen Carrasco	Oficial	
6	1123203247	Ruben Dario Cages Cabrera	Ayudante	Ruben Dario
7	1193081559	Brayan David Marquez Cadino	Ayudante	Brayan
8	74245750	Germaine Cereda Bernal	Ayudante	
9	1125604112	Darwin Yoseimo Cristancho	Ayudante	Dotcra
10	86086177	Pablo Jesus Salgado Baita	Ayudante	Pablo Jesus Salgado
11				
12				
13				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CABEZAS.

FIRMA FACILITADOR

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4027

NIT 901 414 930-0

FECHA			HORA		TEMA
D	M	A			USO CORRECTO EPP
9	2	26	7:30 AM		
FACILITADOR			MAURICIO CAGUEÑAS		
PERFIL			SST OBRA		

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	1.121.919.739	Julian Andrés Salazar M.	Ayudante obra	Salazar Julian.
2	17.360.103.	Alberto Rodriguez Gamboa	Ayudante de obra	Alberto
3	3.210.495.	Ernesto Baez Carrasco.	oficial.	
4	1.123.203.247.	Ruben Dario Lagos Cabrera	Ayudante obra	Ruben
5	1.125.004.112	Yusemid Cruitancho Chamarravi	Ayudante obra	
6	86.086.177	Pablo Jesus Salgado Balta	Ayudante obra	Pablo Jesus Salgado
7	1.121.933.548	Jorge David Ramos Noguera	Ayudante obra	Jorge David Ramos
8	1.122.922.418	Jeison Daniel Pisco Parrado	Funciones varias	
9	1.106.742.004	Jhoan Sebastian Cartagena P.	Ayudante de obra	
10	36.054.206.	Hernando Villarroga Sarmiento.	Oficial.	
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CAGUEÑAS

FIRMA FACILITADOR

Anx 3.

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4028

NIT 901 414 930-0

FECHA D	FECHA M	FECHA A	HORA		TEMA
11	02	26	7:30	am	Manejo de sustancias Quimicas
FACILITADOR			Mauricio Cabuérnio		
PERFIL			SST UDCA		

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	1121.919.739	Julian Andres Salazar. M	Aydante	Salazar Julian.
2	17.360 103.	Alberto. Rodriguez Gamboa	Aydante	Alberto
3	3.210 495.	Ernesto fuquen Carrasco	oficial.	
4	1.123 203 247	Ruben Dario Tegos C.	Aydante.	
5	1.125.004.112.	Darwin Castancho. C	Aydante.	
6	86.086.177	Pablo Jesus Salgado. B.	Aydante	Pablo Jesus Salgado
7	1.121.933 548.	Jorge David Ramos	Aydante	Jorge David Ramos
8	1.106.742.004.	Jhoan. Sebastian Castiblanco	aydante	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Mauricio Cabuérnio

FIRMA FACILITADOR

1 de 3

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4029

NIT 901 414 930-0

FECHA D	FECHA M	FECHA A	HORA		TEMA	
18	2	26	7:30am		Pausas Activas	
FACILITADOR			Mauricio Cadavid A.			
PERFIL			SST unica			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	1.121.919.739	Julian Andrés Salazar M.	Aguadante.	salazar Julian
2	17.350.63.	Alberto Rodriguez Gamboa	Aguadante	Alberto
3	3.210.495.	Ernesto Vargas Carrasco.	oficial.	
4	1123.203247	Ruben Dario Jaguis C	Aguadante	
5	1.125.004.112.	Darwin Cristancho. C	Aguadante.	
6	86.086.177	Pablo Jesús Salgado B	Aguadante	Pablo Jesus Salgado
7	1.121.933548.	Jorge. David Ramos	Aguadante.	
8	1.106.942.004.	Jhoan Sebastian Castiñeb	Aguadante.	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CADAVID A.

FIRMA FACILITADOR

HOJA 3.

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4030

NIT 901 414 930-0

FECHA D	FECHA M	FECHA A	HORA		TEMA	
25	2	26	7:30	am	Habitos Saludables	
FACILITADOR			MAURICIO CASTAÑEDA			
PERFIL			SST SOLGA			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	1.121.919.739	Julian Andrés Salazar M	Ayudante.	Salazar Julian
2	17.360.103.	Alberto Rodriguez Gamboa.	Ayudante.	Alberto
3	3210495.	Ernesto Reyes Carrillo	oficial	
4	1.123.203.247.	Ruben Dario Zagus C.	Ayudante	
5	1.125.004.112	Darwin Castancho. C.	Ayudante.	
6	86.086.177	Pablo Jesús Salgado B.	Ayudante.	Pablo Jesos salgado
7	1.121.933.548.	Jorge David Ramos.	Ayudante	
8	1.106.742.004	Jhoan Sebastian Castañeda.	Ayudante.	
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CASTAÑEDA

FIRMA FACILITADOR

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4031

NIT 902.004.406-7

FECHA			HORA		TEMA	Relaciones con la Comunidad
D	M	A				
11	03	26	/	/		
FACILITADOR			HENRRY MAURICIO CAGUENAS.			
PERFIL			SST			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	17.360.103	Rodriguez Gamboa Alberto.	Aux. Trafico	Rodriguez
2	1.121.919.739	Salazar Morales Julian Andres	Aux. Trafico.	Julian.
3	3.210.495	Fuquen Carrasco Ernesto	Ayudante. obra.	Fuquen.
4	74.245.750	Cepeda Bernal Germaine	Ayudante. Obra	Cepeda Ruben.
5	1.123.203.247	Lagos Cabrera Ruben Dario	Ayudante Obra	Lagos Cabrera
6	1.193.081.54	Marquez Ladino Brayan David	Ayudante. Obra	Brayan
7	86.086.777	Salgado Balta Pablo Jesus	Ayudante Obra	Pablo J Salgado
8	1.106.742.004	Castañeda Prieto Joan Sebastian	Ayudante Obra.	Castañeda
9	1.125004.112	Cristancho Chamorro Darwin	Ayudante. Obra	Darwin
10	1.122922.418	Pico Parrado Jerson Daniel	Funciones Varias	Daniel.
11	1.121933.546	Ramos Noguera Jorge David	Ayudante. de obra.	Jorge David
12	86.054.206	Villamaga Sarmiento Hernando	Oficial	Villamaga
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CAGUENAS

FIRMA FACILITADOR

NIT 902.004.406-7

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4032

FECHA			HORA		TEMA	Manejo de Senalizacion Ambiental
D	M	A				
18	03	26	—	—		
FACILITADOR			HENRRY MAURICIO CAGUEÑAS.			
PERFIL			SST			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	17.360.103	Rodriguez Gamboa Alberto	Aux. Trafico	~~Rodriguez~~
2	1.121.914.730	Salazar Morales Julian Andres	Aux. Trafico	Julian.
3	3.210.405	Foguen Carrasco Ernesto	Ayudante. Obra	Faul
4	74.245.730	Cebeda Bernal Germaine	Ayudante. Obra	Cute Ruben.
5	1.123.203.247	Lagos Cabrera Ruben Dario	Ayudante. Obra	Lagos Cabrera
6	1.143.081.559	Marquez Gadino Brayan David	Ayudante. Obra	Brayan
7	86.086.177	Salgado Batta Pable Jesus	Ayudante Obra	Pablo Salgado
8	1.106.742.004	Castaneda Prieto Jhoan.	Ayudante Obra	~~Castaneda~~
9	1.150.004.112	Cristancho chamamara Darwin	Ayudante Obra	DarCar
10	1.122.923.418	Pisco Parrado Jerson	Funciones Varios	Daniel
11	1.121.933.548	Ramos Noriega Jorge David	Ayudante. Obra	~~Jorge~~
12	86054.206	Villamagal Sarmiento	Oficial	Villagal.
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CAGUEÑAS

FIRMA FACILITADOR

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4033

NIT 902.004.406-7

FECHA			HORA		TEMA	control de trafico.
D	M	A				
25	03	26	/	/	/	/
FACILITADOR			HENRRY MAURICIO CAGUEÑAS.			
PERFIL			SST.			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	17.360.703.	Rodriguez Gamboa Alberto	Aux. trafico	Rodriguez
2	7.121.919.730	Salazar Morales Julian.	Aux. trafico	Julian.
3	3.210.493	Fagian Carrasco Ernesto	Ayudante Obra	Fagian.
4	74.245.750	Cepeda Bernal Germaine	Ayudante Obra	Germ. Ruben.
5	1.123.203.217	Lagos Cabrera Ruben	Ayudante Obra	Lagos Cabrera.
6	7.193.089.550	Marquez Ladino Brayan	Ayudante Obra	Brayan
7	86.086.177	Salgado Batta Pablo Jesus.	Ayudante Obra	Pablo Salgado
8	1.106.782.009	Castañeda Prieto Jhoan.	Ayudante Obra	Castañeda
9	1.130.004.112	Cristancho Chamanavi	Ayudante Obra	Daniel
10	1.122.022.418	Pisco Parrado Jerson	Funciones Varias	Daniel.
11	7.121.933.548	Ramos Noriega Jorge	Ayudante Obra	
12	86.034.206	Villamaga Sarmiento.	Oficial	
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

MAURICIO CAGUEÑAS.

FIRMA FACILITADOR

NIT 902 004 406-7

FORMATO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES Y REUNIONES

4634

FECHA			HORA		TEMA	Uso Correcto de EPP orden y aseo
D	M	A				
4	4	26	/			
FACILITADOR			MAURICIO CAGUEÑAS,			
PERFIL			SST.			

Nº	CEDULA	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	17360703	Alberto Gamboa	Aux. Vial	Alberto Gamboa
2	1121919139	Andres Morales	Aux. Vial	Andres Morales
3	3210495	Ernesto Toquen	Ayu. Obra	~~Toquen~~
4	1125004772	Darwin Chamarravi	Ayu. Obra	~~Darwin~~
5	1123203247	Ruben Cabrera	Ay. Obra	Ruben
6	86086177	Jesus, Salgado.	Ayu. Obra	~~Salgado~~ Prieto
7	1106742004	Sebastian Prieto	Ayu. Obra	
8	1121933548	David Ramos	Ayudant. Obra	David
9	8191337	Simon Quiroga	Ayudant 6.	Simon Quiroga
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

FIRMA FACILITADOR

CONSORCIO GM HACHA

USO ADECUADO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

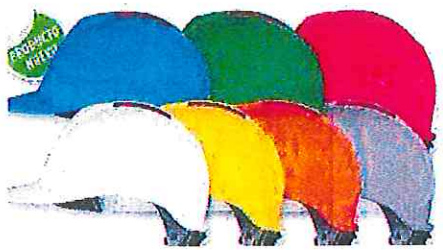
El Equipo de Protección Personal (EPP) es obligatorio en toda obra de construcción. Su correcta utilización reduce significativamente el riesgo de accidentes laborales y protege la integridad física de los trabajadores durante el desarrollo de sus actividades.

¿QUE ES EL EPP?

El Equipo de Protección Personal está conformado por dispositivos y elementos que utiliza el trabajador para protegerse de riesgos presentes durante la ejecución de sus labores en obra.

EPP BÁSICO EN OBRA

- **Casco de seguridad:** Protege la cabeza contra golpes y caída de objetos.



- **Botas de seguridad:** Protegen los pies contra golpes, perforaciones y resbalones.



- **Guantes de seguridad:** Protegen las manos contra cortaduras, abrasiones y sustancias.



- **Gafas de seguridad:** Protegen los ojos contra polvo y partículas.



- **Chaleco reflectivo:** Permite mayor visibilidad del trabajador en la obra



- **Protección auditiva:** Reduce el impacto del ruido generado por maquinaria.



IMPORTANCIA DEL USO CORRECTO DEL EPP.

Cada elemento está diseñado para proteger una parte específica del cuerpo frente a riesgos como caídas de objetos, partículas en el aire, ruido, golpes o contacto con materiales peligrosos

NORMATIVIDAD: Decreto 1072 de 2015

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

CONSORCIO GM HACHA

MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

En las obras de construcción es común el uso de sustancias químicas como pinturas, combustibles, solventes, lubricantes y productos de limpieza. El manejo inadecuado de estos materiales puede generar riesgos para la salud de los trabajadores y para el medio ambiente.

¿QUÉ SON LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS PELIGROSAS?

Son productos que, por sus características físicas o químicas, pueden representar riesgos para la salud humana o el medio ambiente.

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO SEGURO:

- Leer siempre la etiqueta y las instrucciones del producto.
- Utilizar el EPP adecuado (guantes, gafas, mascarilla, etc.).
- Mantener los recipientes correctamente cerrados y rotulados.
- No mezclar sustancias químicas sin autorización o conocimiento técnico.
- Almacenar los productos en lugares ventilados y seguros.
- Evitar derrames y reportar inmediatamente cualquier incidente.

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO - META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

MEDIDAS EN CASO DE DERRAMES O ACCIDENTES:

- Informar inmediatamente al responsable de seguridad o al supervisor.
- Evitar el contacto directo con la sustancia.
- Utilizar material absorbente para controlar derrames si es seguro hacerlo.
- No permitir que los productos lleguen a drenajes, alcantarillas o suelos naturales.
- Seguir los procedimientos de emergencia establecidos en la obra.

IMPORTANCIA DEL MANEJO ADECUADO

El manejo seguro de sustancias químicas permite prevenir accidentes como intoxicaciones, quemaduras, incendios o contaminación ambiental. Conocer los riesgos y aplicar las medidas de seguridad adecuadas protege la salud de los trabajadores y evita impactos negativos en el entorno de la obra.

NORMATIVIDAD DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Decreto 1072 de 2015

EJEMPLOS COMUNES EN OBRA

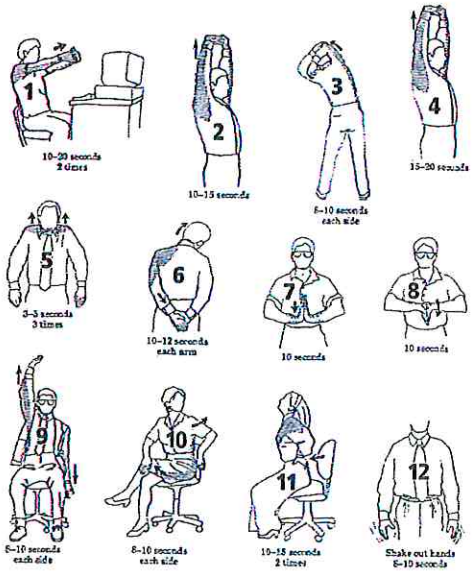
Sustancia	Riesgo principal
■ Combustibles	Inflamabilidad y riesgo de incendio
■ Aceites y lubricantes	Contaminación del suelo y contacto con la piel
■ Pinturas y solventes	Inhalación de vapores y riesgo de intoxicación
■ Productos de limpieza	Irritación en piel y ojos
■ Aditivos para concreto	Irritación o quemaduras por contacto

1026

CONSORCIO GM HACHA

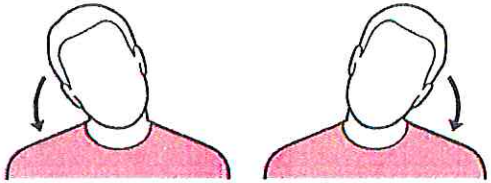
PAUSAS ACTIVAS

son breves descansos durante la jornada laboral en los que se realizan ejercicios suaves de estiramiento, movilidad o respiración, permiten interrumpir periodos largos de trabajo continuo, especialmente cuando se permanece mucho tiempo sentado o realizando la misma actividad.



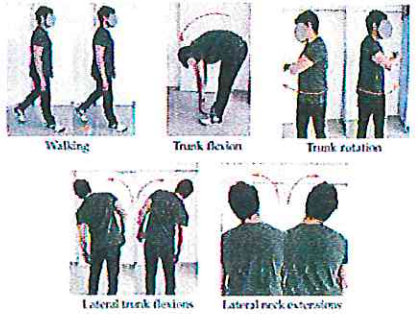
Para qué sirven las Pausas Activa

- Reducir la fatiga física y mental
- Disminuir el estrés laboral
- Mejorar la circulación sanguínea
- Prevenir dolores musculares y lesiones
- Aumentar la concentración y productividad
- Mejorar el ambiente laboral



Importancia de las Pausas Activas

- Previenen **trastornos musculoesqueléticos** causados por posturas prolongadas.
- Favorecen la **salud física y mental** de los trabajadores.
- Contribuyen a un **mejor rendimiento laboral**.
- Promueven **hábitos saludables** dentro de la empresa.
- Disminuyen el **riesgo de enfermedades laborales**.



Recomendaciones para realizar Pausas Activas

- Realizarlas cada 2 o 3 horas de trabajo
- Usar ropa cómoda si es posible
- Evitar movimientos bruscos
- Respirar profundamente durante los ejercicios
- Hidratarse durante la jornada



"Cuidar tu cuerpo también es parte de tu trabajo."

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

1034

CONSORCIO GM HACHA

HÁBITOS SALUDABLES

son comportamientos o prácticas que las personas realizan de forma regular y que contribuyen al bienestar físico, mental y social. Ayudan a mantener el cuerpo y la mente en buen estado, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida.



¿Para qué sirven los Hábitos Saludables?

- Mejorar la **salud física y mental**
- Prevenir **enfermedades**
- Aumentar la **energía y vitalidad**
- Mejorar la **concentración y el rendimiento laboral**
- Reducir el **estrés y la fatiga**
- Fortalecer el **sistema inmunológico.**

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88



IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS SALUDABLES

- Ayudan a **prevenir enfermedades crónicas.**
- Mejoran la **calidad de vida.**
- Favorecen el **bienestar emocional.**
- Permiten tener **mayor productividad en el trabajo y en la vida diaria.**
- Contribuyen a mantener un **equilibrio entre cuerpo y mente.**



EJEMPLOS DE HÁBITOS SALUDABLES

- Alimentación Saludable
- Realizar actividad física
- Dormir adecuadamente
- Hidratación
- Cuidar la salud mental
- Evitar el consumo excesivo de alcohol, tabaco y alimentos poco saludables
- No ingerir sustancias psicoactivas



Adoptar hábitos saludables es una inversión en nuestra salud y bienestar.

Pequeños cambios en la vida diaria pueden generar grandes beneficios a corto y largo plazo.

4038

CONSORCIO GM HACHA

USO EFICIENTE DEL AGUA

¿por qué es importante el agua?

- El agua es un recurso limitado y costoso
- Su uso eficiente reduce gastos de obra
- Evita sanciones ambientales
- Mejora la sostenibilidad del proyecto



Usos del agua en obra

- Mezcla de concreto y mortero
- Curado de estructuras
- Limpieza de herramientas y equipos
- Control de polvo
- Uso doméstico (baños, lavado de manos)

BUENAS PRACTICAS EN CONSTRUCCIÓN

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO - META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

En mezclas

- Usar solo la cantidad necesaria (según diseño)
- Evitar agregar agua en exceso para "facilitar" el trabajo
- Medir con recipientes, no "al ojo"



En curado

- Aplicar métodos eficientes: Riego controlado, Uso de plásticos o membranas de curado
- Evitar desperdicio por chorros continuos

En limpieza

- Usar baldes en lugar de mangueras abiertas
- Reutilizar agua cuando sea posible
- Limpiar en zonas designadas

En control de polvo

- Humedecer solo lo necesario
- Evitar riegos excesivos

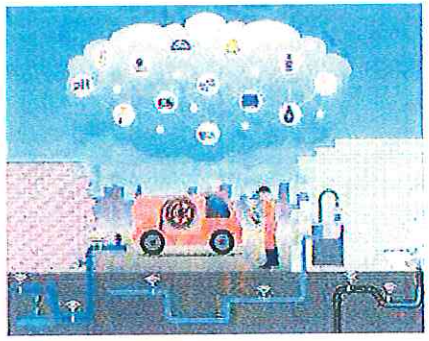


ERRORES COMUNES

- Dejar llaves o mangueras abiertas
- Fugas sin reportar
- Uso de agua potable para tareas que no lo requieren
- Desperdicio durante el lavado de equipos

CONTROL Y MANTENIMIENTO

- Revisar periódicamente: Mangueras, Llaves, Tanques
- Reportar fugas inmediatamente
- Instalar dispositivos de cierre automático si es posible



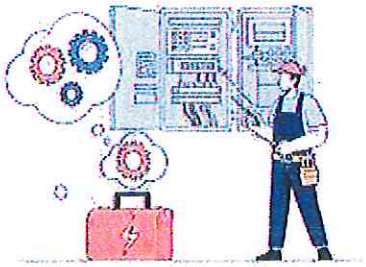
1039

CONSORCIO GM HACHA

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

- Reduce costos operativos 💰
- Disminuye el impacto ambiental 🌱
- Previene sobrecargas y accidentes ⚠️
- Mejora la eficiencia del proyecto



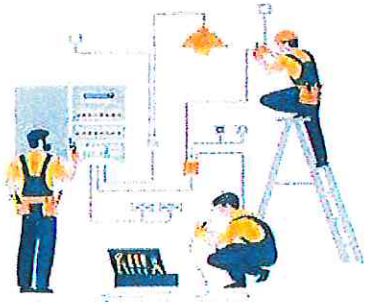
shutterstock.com · 2656460013

¿DÓNDE SE USA LA ENERGÍA?

- Equipos eléctricos (taladros, cortadoras, mezcladoras)
- Iluminación
- Oficinas temporales
- Compresores y maquinaria
- Sistemas de bombeo

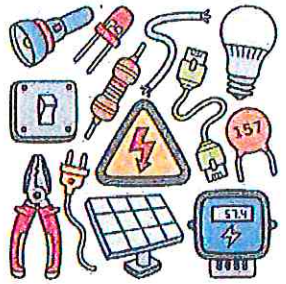
BUENAS PRACTICAS EN ORA

- Uso de equipos
  - Encender equipos solo cuando se necesiten
  - Apagar al terminar la tarea
  - Evitar dejar equipos en "stand by"
  - Usar equipos eficientes y en buen estado
- Iluminación
  - Aprovechar la luz natural
  - Apagar luces en áreas sin uso
  - Usar bombillos LED
  - Instalar temporizadores si es posible



shutterstock.com · 2563501107

- Instalaciones eléctricas
  - Revisar cables, conexiones y tableros
  - Evitar sobrecargar extensiones
  - Usar protecciones (breakers, fusibles)
  - Mantener instalaciones ordenadas y seguras.



ERRORES COMUNES

- Dejar equipos encendidos sin uso
- Uso de extensiones defectuosas
- Iluminación innecesaria durante el día
- Conexiones improvisadas o inseguras

MANTENIMIENTO Y CONTROL

- Inspeccionar equipos periódicamente
- Reportar fallas o calentamientos
- Programar mantenimiento preventivo
- Medir consumo energético cuando sea posible

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

0646

CONSORCIO GM HACHA

MANEJO ADECUADO DE COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

- Previene incendios y explosiones
- Evita contaminación del suelo y agua
- Reduce riesgos para la salud
- Cumple con normas ambientales y de seguridad

¿DÓNDE SE UTILIZAN?

- Maquinaria pesada (retroexcavadoras, volquetas)
- Plantas eléctricas
- Equipos menores (compactadoras, motosierras)
- Mantenimiento de equipos (aceites y grasas)



BUENAS PRACTICAS

Almacenamiento

- Guardar en recipientes certificados y etiquetados
- Mantener en zonas ventiladas y señalizadas
- Alejar de fuentes de calor o chispas
- Usar bandejas o cubetos de contención

Manipulación

- Utilizar embudos o sistemas seguros para evitar derrames
- No fumar durante el manejo
- Usar elementos de protección personal (guantes, gafas)
- Cerrar bien los recipientes después de usar

Abastecimiento de equipos

- Realizar en zonas designadas
- Apagar el equipo antes de cargar combustible
- Evitar sobrellenado
- Tener material absorbente disponible

ERRORES COMUNES

- Derrames por descuido o mala manipulación
- Almacenamiento en envases no adecuados
- Mezclar sustancias incompatibles
- Disposición inadecuada de aceites usados

CONTROL Y MANTENIMIENTO

- Revisar fugas en equipos y recipientes
- Inspeccionar periódicamente las áreas de almacenamiento
- Mantener kits de emergencia (absorbentes, arena)
- Capacitar al personal en atención de derrames

MANEJO DE RESIDUOS

- Aceites usados → almacenar en recipientes cerrados
- Entregar a gestores autorizados
- No verter en suelo, alcantarillado o fuentes de agua
- Separar residuos contaminados (trapos, filtros)



¿QUÉ HACER EN CASO DE DERRAME?

1. Detener la fuente del derrame
2. Contener con arena o material absorbente
3. No permitir que llegue a drenajes
4. Reportar inmediatamente al responsable
5. Disponer residuos de forma segura

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO - META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

CONSORCIO GM HACHA

MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS Y MATERIALES PELIGROSOS

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

- Protege la salud del personal
- Previene accidentes y emergencias
- Evita contaminación ambiental
- Cumple con normas de seguridad y ambientales



¿QUÉ SON SUSTANCIAS PELIGROSAS?

Son materiales que pueden causar daño por:

- Toxicidad
- Inflamabilidad
- Corrosividad
- Reactividad

Ejemplos en obra:

- Pinturas, solventes, Thinner
- Combustibles
- Adhesivos y resinas
- Ácidos y productos de limpieza industrial

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

BUENAS PRÁCTICAS

Identificación

- Leer etiquetas y pictogramas
- Revisar la **Hoja de Seguridad (HDS / MSDS)**
- No usar sustancias sin identificar



Almacenamiento

- Guardar en envases originales y cerrados
- Mantener en zonas ventiladas y señalizadas
- Separar sustancias incompatibles
- Evitar exposición al sol o calor

Manipulación

- Usar siempre **EPP adecuado:**
  - Guantes
  - Gafas de seguridad
  - Mascarilla o respirador
- No comer, beber o fumar durante el uso
- Manipular en áreas seguras

ERRORES COMUNES

- Usar productos sin leer instrucciones
- Mezclar sustancias sin conocimiento
- Almacenar en envases no etiquetados
- No usar elementos de protección personal

MANEJO DE RESIDUOS

- No verter químicos en el suelo o drenajes ✗
- Almacenar residuos peligrosos en recipientes adecuados
- Etiquetar correctamente
- Entregar a gestores autorizados

¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?

1. Detener la actividad inmediatamente
2. Alejar al personal del área afectada
3. Usar EPP para controlar la situación
4. Contener derrames si es seguro hacerlo
5. Reportar al responsable de seguridad
6. Seguir instrucciones de la Hoja de Seguridad

2042

4043

EXÁMENES DE INGRESO

Diciembre 2025

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

4044



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2205

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	12 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GARCÍA CASTILLO GERMAN ANDRÉS	MASCULINO	44 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	3277174 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR VISIOMETRIA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISIÓN PRÓXIMA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA Y OTORINOLARINGOLOGÍA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 L.S.O.: 68-859/1999

Código de Seguridad
E1028L1R2205

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GARCÍA CASTILLO GERMAN

CC: 3277174

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2206

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	12 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CAGÜEÑAS HOLGUIN HENRY MAURICIO	MASCULINO	43 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	86073936 (Número)

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A — NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR VISIOMETRIA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISIÓN PRÓXIMA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA Y OTORINOLARINGOLOGÍA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 L.S.O.: 68-859/1999

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAGÜEÑAS HOLGUÍN HENRY

CC: 86073936

Código de Seguridad
E1028L1R2206

4046

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.203

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	12 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ GAMBOA ALBERTO	MASCULINO	63 AÑOS 5 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	17360103 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
COLSANITAS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR VISIOMETRIA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISIÓN PRÓXIMA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA Y OTORINOLARINGOLOGÍA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ	Nombre: RODRIGUEZ GAMBOA ALBERTO
R. M.: 688597 L.S.O.: 68-859/1999 F1148L1R3203	CC: 17360103

4046

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.286

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	12 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ROJAS BARBOSA CAMILO ANDRES	MASCULINO	24 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	1006822787 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	✓
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR VISIOMETRIA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 2993606 - JAIRO ENRIQUE MONTAÑO

R. M.: 05537 L.S.O.: 8916/2023

V1148B1H3286

Aspirante o Trabajador

Firma: Camilo Rojas B

Nombre: ROJAS BARBOSA CAMILO ANDRES

CC: 1006822787

4047

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.238

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
BARBOSA QUEVEDO ALIPIO	MASCULINO	49 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	86049664 (Número)

Cargo
OFICIAL DE OBRA

EPS	AFP	ARL
COLSANITAS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE FORMA PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ	Nombre: BARBOSA QUEVEDO ALIPIO
R. M.: 688597 L.S.O.: 68-859/1999	CC: 86049664

O1148U1A3238

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.208

4048

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	12 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SALAZAR MORALES JULIAN ANDRES	MASCULINO	30 AÑOS 10 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1121919739 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR VISIOMETRIA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 L.S.O.: 68-859/1999

Código de Seguridad W1148C1I3208

Aspirante o Trabajador

Firma: Julian Salazar

Nombre: SALAZAR MORALES JULIAN ANDRES

CC: 1121919739

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

4049

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.333

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	12 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VIGOYA DAZA JAVIER ALEXANDER	MASCULINO	54 AÑOS 4 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	86040166 (Número)

Cargo
ILANTE

EPS	AFP	ARL
CAJACOPI	NO	NO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *DEBE PRESENTAR CONSTANCIA DE ASISTENCIA A CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

ESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

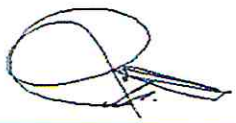
l concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : HIPERTENSION ARTERIAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

sentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

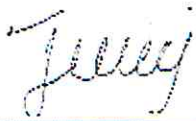
Médico

Firma: 

Nombre: CC: 2993606 - JAIRO ENRIQUE MONTAÑO

R. M.: 05537 L.S.O.: 8916/2023 Z1148F1L4333

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: VIGOYA DAZA JAVIER ALEXANDER

CC: 86040166

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

4050

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.251

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
DÍA	MES	AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
FUQUEN CARRASCO ERNESTO	MASCULINO	53 AÑOS 3 MESES 24 DÍAS	CC (Tipo)	3210495 (Número)

Cargo
CIAL

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 2993606 - JAIRO ENRIQUE MONTAÑO

R. M.: 05537 L.S.O.: 8916/2023 Q1148W1C4251

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FUQUEN CARRASCO ERNESTO

CC: 3210495

4051

EXÁMENES DE INGRESO

Enero 2026

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

4652



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.259

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
LAGOS CABRERA RUBEN DARIO	MASCULINO	29 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1123203247 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
CAPITAL SALUD	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 **L.S.O.:** 68-859/1999

Código de Seguridad
K1148Q1W4259

Aspirante o Trabajador

Firma: RUBEN DARIO

Nombre: LAGOS CABRERA RUBEN DARIO

CC: 1123203247

INTEGRAR
salud y seguridad

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integraripss.com
www.integraripss.com

4053



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.264

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MARQUEZ LADINO BRAYAN DAVID	MASCULINO	23 AÑOS 7 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	1193081559 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
COOSALUD	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

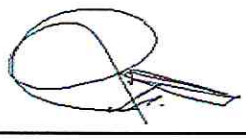
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 2993606 - JAIRO ENRIQUE MONTAÑO

R. M.: 05537 **L.S.O.:** 8916/2023

Código de Seguridad
O1148U1A4264

Aspirante o Trabajador

BRAYAN DAVID MARQUEZ

Firma:

Nombre: MARQUEZ LADINO BRAYAN DAVID

CC: 1193081559

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.469

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	01 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CEPEDA BERNAL GERNAINE	MASCULINO	58 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	74245750 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
CAJACOPI	COLPENSIONES	NO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISIÓN PRÓXIMA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 L.S.O.: 68-859/1999

Código de Seguridad
K1148Q1W4469

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CEPEDA BERNAL GERNAINE

CC: 74245750

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

4055



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.480

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	01 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID	MASCULINO	27 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1125004112 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
MAYAMAS	PORVENIR	NO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

Concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 25 KG DE PESO. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS,	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 **L.S.O.:** 68-859/1999

Código de Seguridad
Z1148F1L4480

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID

CC: 1125004112

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com

4076



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.465

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	01 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SALGADO BALTA PABLO JESUS	MASCULINO	40 AÑOS 11 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	86086177 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO	NO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 2993606 - JAIRO ENRIQUE MONTAÑO

R. M.: 05537 **L.S.O.:** 8916/2023

Código de Seguridad
I1148O1U4465

Aspirante o Trabajador

Firma: Pablo Jesus Salgado

Nombre: SALGADO BALTA PABLO JESUS

CC: 86086177

4057

EXÁMENES DE INGRESO

Febrero 2026

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

INTEGRAR
salud y seguridad

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS

NIT: **901.200.839-9**
Dir: **Calle 15 # 37 L 10 Esperanza 8 Etapa**
Cel: **317 667 8051 - 318 806 7994**
Tel: **666 8018**
Correo: **subgerencia@integrarips.com**
www.integrarips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.837

4018

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
RAMOS NOGUERA JORGE DAVID	MASCULINO	31 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1121933548 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PORENIR	NO SABE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 2993606 - JAIRO ENRIQUE MONTAÑO

R. M.: 05537 **L.S.O.:** 8916/2023

Código de Seguridad
G1148M1S4837

Aspirante o Trabajador

Firma: Jorge David Ramos

Nombre: RAMOS NOGUERA JORGE DAVID

CC: 1121933548

INTEGRAR
salud y seguridad

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT: **901.200.839-9**
Dir: **Calle 15 # 37 L 10 Esperanza 8 Etapa**
Cel: **317 667 8051 - 318 806 7994**
Tel: **666 8018**
Correo: **subgerencia@integrarips.com**
www.integrarips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.871

4059

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	02 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
PISCO PARRADO JERSSON DANIEL	MASCULINO	20 AÑOS 1 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1122922918 (Número)

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	NO	NO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA DE OPTOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 2993606 - JAIRO ENRIQUE MONTAÑO

R. M.: 05537 **L.S.O.:** 8916/2023

Código de Seguridad
E1148K1Q4871

Aspirante o Trabajador

Firma: Daniel Pisco

Nombre: PISCO PARRADO JERSSON DANIEL

CC: 1122922918

INTEGRAR
salud y seguridad

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS

NIT: **901.200.839-9**
Dir: **Calle 15 # 37 L 10 Esperanza 8 Etapa**
Cel: **317 667 8051 - 318 806 7994**
Tel: **666 8018**
Correo: **subgerencia@integrarips.com**
www.integrarips.com



N° 5.489

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

4060

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	03 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN	MASCULINO	9 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1106742004 (Número)

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS S.A.	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR VISIOMETRIA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA ADECUADOS PARA LA EXPOSICIÓN.	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	NO FUMAR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 **L.S.O.:** 68-859/1999

Código de Seguridad
I1148O1U5489

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN

CC: 1106742004

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS

NIT: **901.200.839-9**
Dir: **Calle 15 # 37 L 10 Esperanza 8 Etapa**
Cel: **317 667 8051 - 318 806 7994**
Tel: **666 8018**
Correo: **subgerencia@integrarips.com**
www.integrarips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.492

4061

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	03 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA	CONSORCIO GM HACHA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VILLARRAGA SARMIENTO HERNANDO	MASCULINO	48 AÑOS 5 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	86054206 (Número)

Cargo

AUXILIAR DE OBRA

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	NO SABE	NO SABE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

ESPIROMETRÍA	✓	CONSULTA DE AUDIOMETRIA	✓
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR VISIOMETRIA	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION CERCANA (USO DE PC, CELULAR,LECTURA)	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 **L.S.O.:** 68-859/1999

Código de Seguridad
Y1148E1K5492

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VILLARRAGA SARMIENTO HERNANDO

CC: 86054206

4062

COFREM

Diciembre 2025

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

4063

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2025/12/23 **3:38 pm** **Radicado:** 3699264

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0
Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 3277174 **Telefono:** 6725242
Nombre: GARCIA CASTILLO GERMAN ANDRES

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

3277174 GERMAN ANDRES GARCIA CASTILLO

Observaciones:

1F
REAFILIACION
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

...ore, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

4064.

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2025/12/23 **2:47 pm** **Radicado:** 3699184

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0
Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 86073936 **Telefono:** 6632759
Nombre: CAGUEÑAS HOLGUIN HENRY MAURICIO

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

86073936 HENRY MAURICIO CAGUEÑAS HOLGUIN

Observaciones:

1F
REAFILIACION
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.com.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

4065.

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2025/12/23 **2:35 pm** **Radicado:** 3699159

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0
Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1121919739 **Telefono:** 6825048
Nombre: SALAZAR MORALES JULIAN ANDRES

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1121919739 JULIAN ANDRES SALAZAR MORALES

Observaciones:
1F
MULTIAFILIACION
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:
1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

4065

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2025/12/23 **2:30 pm** **Radicado:** 3699148

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0
Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1006822787 **Telefono:** 0
Nombre: ROJAS BARBOSA CAMILO ANDRES

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1006822787 CAMILO ANDRES ROJAS BARBOSA

Observaciones:

1F
REAFILIACION
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

Cofrem

1067

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo

Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2025/12/23 **2:20 pm** **Radicado:** 3699129

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON

Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 86049664 **Telefono:** 6711435

Nombre: BARBOSA QUEVEDO ALIPIO

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

86049664 ALIPIO BARBOSA QUEVEDO

Observaciones:

1F

REAFILIACION

AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.com.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

4068

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2025/12/23 **2:24 pm** **Radicado:** 3699137

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0
Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 4284618 **Telefono:** 6814853
Nombre: CELY HEREDIA CARLOS ANDRES

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

4284618 CARLOS ANDRES CELY HEREDIA

Observaciones:

1F
REAFILIACION
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

nbre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.com.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

4069

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2025/12/23 **2:42 pm** **Radicado:** 3699175

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON

Clasificación: **Estado:** R **Asesor:** 526

INSCRIPCION PRIMERA VEZ (Soltero)

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 17360103 **Telefono:** 3136255577

Nombre: RODRIGUEZ GAMBOA ALBERTO

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadania**

  17360103 ALBERTO RODRIGUEZ GAMBOA

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  17360103 ALBERTO RODRIGUEZ GAMBOA

Observaciones:

AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.com.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

Cofrem

4070

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2025/12/23 **2:39 pm** **Radicado:** 3699168

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON

Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 86040166 **Telefono:** 0

Nombre: VIGOYA DAZA JAVIER ALEXANDER

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

86040166 JAVIER ALEXANDER VIGOYA DAZA

Observaciones:

1F
REAFILIACION
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.com.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

Cofrem

4071

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/01/20 **10:19 am** **Radicado:** 3710282

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 3210495 **Telefono:** 0
Nombre: FUQUEN CARRASCO ERNESTO

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

3210495 ERNESTO FUQUEN CARRASCO

Observaciones:

1F
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3851
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

4072

COFREM

Enero 2026

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

4073.

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/01/23 **5:27 pm** **Radicado:** 3713738

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 538

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1123203247 **Telefono:** 0
Nombre: LAGOS CABRERA RUBEN DARIO

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadania**
  1123203247 RUBEN DARIO LAGOS CABRERA
- **Formulario de inscripción del trabajador**
  1123203247 RUBEN DARIO LAGOS CABRERA

Observaciones:

2FOLIOS
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

4094

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/01/23 **5:24 pm** **Radicado:** 3713730

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 538

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1193081559 **Telefono: 6715186**
Nombre: MARQUEZ LADINO BRAYAN DAVID

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1193081559 BRAYAN DAVID MARQUEZ LADINO

Observaciones:

1FOLIO
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

4075

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo

Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/01/27 **1:58 pm** **Radicado:** 3716080

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON

Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 74245750 **Telefono:** 0

Nombre: CEPEDA BERNAL GERNAINE

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

74245750 GERNAINE CEPEDA BERNAL

Observaciones:

1F

REAFILIACION

AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero ertificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

4076

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/01/27 **2:01 pm** **Radicado:** 3716085

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: **Estado:** R **Asesor:** 526
INSCRIPCION PRIMERA VEZ (Soltero)

Información Empresa:
Nit: 902004406 **Telefono:**0
Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:
Documento: 86086177 **Telefono: 3183283673**
Nombre: SALGADO BALTA PABLO JESUS

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadania**
  86086177 PABLO JESUS SALGADO BALTA
- **Formulario de inscripción del trabajador**
  86086177 PABLO JESUS SALGADO BALTA

Observaciones:

2F
AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:
1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

4077.

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo

Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/01/23 **5:04 pm** **Radicado:** 3713721

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON

Clasificación: **Estado:** R **Asesor:** 538

INSCRIPCION PRIMERA VEZ (Soltero)

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1125004112 **Telefono: 3118384852**

Nombre: CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadania**

  1125004112 DARWIN YUSEMID CRISTANCHO CHAMARRAVI

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1125004112 DARWIN YUSEMID CRISTANCHO CHAMARRAVI

Observaciones:

2FOLIOS

A CION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

4078

COFREM

Febrero 2026

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

409

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo **Fecha de Vigencia:** 2018-09-25

2026/02/03 **2:59 pm** **Radicado:** 3721610

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON

Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 526

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1121933548 **Telefono:** 0

Nombre: RAMOS NOGUERA JORGE DAVID

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1121933548 JORGE DAVID RAMOS NOGUERA

Observaciones:

1F

REAFILIACION

AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

4080.

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo

Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/02/04 **5:54 pm** **Radicado:** 3722982

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON

Clasificación: **Estado:** R **Asesor:** 538

REACTIVAR

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1122922418 **Telefono:** 0

Nombre: PISCO PARRADO JERSSON DANIEL

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1122922418 JERSSON DANIEL PISCO PARRADO

Observaciones:

1FOLIO

AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, ualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

4081

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo

Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/02/26 **9:59 am** **Radicado:** 3742886

Recibe: SHARON LIZZETH ACOSTA GUAYAZAN

Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 538

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1106742004 **Telefono:** 0

Nombre: CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1106742004 JHOAN SEBASTIAN CASTAÑEDA PRIETO

Observaciones:

1FOLIO

AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, ualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

4082

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo

Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/03/03 **11:32 am** **Radicado:** 3746800

Recibe: SHARON LIZZETH ACOSTA GUAYAZAN

Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 538

Información Empresa:

Nit: 902004406 **Telefono:**0

Razón Sócial: CONSORCIO GM HACHA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 86054206 **Telefono: 4701455**

Nombre: VILLARRAGA SARMIENTO HERNANDO

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

86054206 HERNANDO VILLARRAGA SARMIENTO

Observaciones:

1FOLIO

AFILIACION VIRTUAL gestionrv1990@gmail.com

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero ...rtificación de estudios de hijos mayores de 12 años, ...ualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

ARL PERSONAL QUE INGRESO EN EL MES DE DICIEMBRE 2025

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

Medellín, 09 de Diciembre de 2025

ARL | sura

4084

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Dando cumplimiento a lo estipulado en la circular externa 007 de 1996 de la Superintendencia Financiera (título VI, numeral 1.5, literal g), se expide la presente constancia de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.

Nombre o razón	CONSORCIO GM HACHA
Cédula de ciudadanía o Nit	N902004406
Fecha inicio de vigencia	10/12/2025 00:00:00
Fecha fin de vigencia	AFILIADA
Estado	POR INICIAR COBERTURA
Número de centros de trabajo	1
Número de afiliados dependientes	0
Número de afiliados independientes	0
Número cotizantes en mora:	0
% cotizantes en mora:	0 %
Código de actividad principal	5429001
Clase de riesgo 5	Tasa de riesgo 6.96%

ACTIVIDAD ECONÓMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN,

Nombre	Código	Clasificación	Tarifa
PRINCIPAL META	0000000001	5	6.96

"Mora: Es el incumplimiento que se genera cuando existiendo afiliación no se realiza la autoliquidación acompañada del respectivo pago de las Contribuciones Parafiscales de la Protección Social en los plazos establecidos en las disposiciones legales vigentes.

Entiéndase dentro de este concepto, la mora que registra el empleador respecto de algunos trabajadores a su cargo. Art 6

En el estado de cuenta integral podrás encontrar el resumen y detalle actualizado de tus moras, inexactitudes, recobros de AT, pagos de incapacidades y devoluciones disponibles. Esto dará claridad a las diferencias y la mora que presentas. Para consultar el estado de cuenta integral, ingresa a https://www.arlsura.com da clic en Empresa e inicia sesión y sigue esta ruta: Gestión Administrativa/ Mi Empresa/ Estado de Cuenta/ Estado de Cuenta Integral.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

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.
Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6,

ARL | sura 4085

Medellín, 04 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Dando cumplimiento a lo estipulado en la circular externa 007 de 1996 de la Superintendencia Financiera (título VI, numeral 1.5, literal g), se expide la presente constancia de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.

Nombre o razón	CONSORCIO GM HACHA
Cédula de ciudadanía o Nit	N902004406
Fecha inicio de vigencia	05/12/2025 00:00:00
Fecha fin de vigencia	AFILIADA
Estado	POR INICIAR COBERTURA
Número de centros de trabajo	1
Número de afiliados dependientes	0
Número de afiliados independientes	0
Número cotizantes en mora:	0
% cotizantes en mora:	0 %
Código de actividad principal	5429001
Clase de riesgo 5	Tasa de riesgo 6.96%

ACTIVIDAD ECONÓMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN,

Nombre	Código	Clasificación	Tarifa
PRINCIPAL META	0000000001	5	6.96

"Mora: Es el incumplimiento que se genera cuando existiendo afiliación no se realiza la autoliquidación acompañada del respectivo pago de las Contribuciones Parafiscales de la Protección Social en los plazos establecidos en las disposiciones legales vigentes.

Entiéndase dentro de este concepto, la mora que registra el empleador respecto de algunos trabajadores a su cargo. Art 6

En el estado de cuenta integral podrás encontrar el resumen y detalle actualizado de tus moras, inexactitudes, recobros de AT, pagos de incapacidades y devoluciones disponibles. Esto dará claridad a las diferencias y la mora que presentas. Para consultar el estado de cuenta integral, ingresa a https://www.arlsura.com da clic en Empresa e inicia sesión y sigue esta ruta: Gestión Administrativa/ Mi Empresa/ Estado de Cuenta/ Estado de Cuenta Integral.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

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.
Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6,

ARL | sura

4086

Medellín, 04 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C3277174	GARCIA CASTILLO GERMAN ANDRES	05/12/2025		QW243129	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 04/12/2025 12:54:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6, 172.16.42.57

ARL | sura

4087

Medellín, 04 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C86073936	CAGUEÑAS HOLGUIN HENRY MAURICIO	05/12/2025		140sFI22	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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 04/12/2025 12:56:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6, 172.16.42.57

4088

Medellín, 04 de december de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que ALEXANDER RUIZ CORREDOR identificado(a) con cédula de ciudadanía 79542505 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 05/12/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO GM HACHA N902004406

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL META

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5429001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 04/12/2025 12.49 PM

Medellín, 09 de december de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MARIA EDITH MORENO QUIROGA identificado(a) con cédula de ciudadanía 35263063 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 10/12/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSORCIO GM HACHA N902004406

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL META

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5429001 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISIÓN DE TERRENOS CON MEJORA

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5429001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 09/12/2025 12.52 PM

ARL | sura 9090

Medellín, 04 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C17360103	RODRIGUEZ GAMBOA ALBERTO	05/12/2025		18321124	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 05/12/2025 13:03:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6, 172.16.42.57

ARL | sura 4091

Medellín, 04 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006822787	ROJAS BARBOSA CAMILO ANDRES	05/12/2025		164B1361	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 05/12/2025 13:03:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6, 172.16.42.57

ARL | sura 4092

Medellín, 10 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1121919739	SALAZAR MORALES JULIAN ANDRES	11/12/2025		yd200s²9	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 10/12/2025 12:57:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6, 172.16.42.57

ARL | sura

4093

Medellín, 10 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C86049664	BARBOSA QUEVEDO ALIPIO	11/12/2025		Ro204146	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 10/12/2025 13:18:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6, 172.16.42.57

ARL | sura

4094

Medellín, 10 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C4284618	CELY HEREDIA CARLOS ANDRES	11/12/2025		16233111	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 10/12/2025 13:23:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.238.54, 192.230.104.6, 172.16.42.57

ARL | sura

4095

Medellín, 16 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C86040166	VIGOYA DAZA JAVIER ALEXANDER	17/12/2025		13224515	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 16/12/2025 16:32:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.178.131, 192.230.104.12, 172.16.42.57

ARL | sura

4096.

Medellín, 26 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C3210495	FUQUEN CARRASCO ERNESTO	29/12/2025		Mn135X20	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 26/12/2025 12:13:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.106.142.198, 192.230.104.12, 172.16.42.57

ARL | sura

4097

Medellín, 06 de Abril 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 GRUPO EMPRESARIAL DE INGENIERIA GARCIA MORENO SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL META, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C8191337	QUIROGA PALMA PEDRO SIMON	13/08/2022		15921318	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C32771742609653412

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 06/04/2026 14:50:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.235.75, 192.230.104.13, 172.16.42.57

ARL | sura 4098

Medellín, 06 de abril de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JUAN JOSE GARCIA CASTILLO identificado(a) con C1122651751 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11226517512609653083

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

4099

ARL PERSONAL QUE INGRESO EN EL MES DE ENERO 2026

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

ARL | sura

4100

Medellín, 16 de January 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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1193081559	MARQUEZ LADINO BRAYAN DAVID	17/01/2026		13221332	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 16/01/2026 11:13:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.191.251, 192.230.104.14, 172.16.42.57

ARL | sura

4100

Medellín, 21 de January 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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1125004112	CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID	22/01/2026		p1472384	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

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 21/01/2026 09:50:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.160.239, 192.230.104.13, 172.16.42.57

ARL | sura

4101

Medellín, 20 de January 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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C74245750	CEPEDA BERNAL GERNAINE	21/01/2026		220Eb123	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 20/01/2026 16:44:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.160.239, 192.230.104.13, 172.16.42.57

ARL | sura 4102

Medellín, 21 de January 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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C86086177	SALGADO BALTA PABLO JESUS	22/01/2026		2248198C	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 21/01/2026 13:32:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.160.239, 192.230.104.13, 172.16.42.57

ARL | sura

4103

Medellín, 31 de December de 2025

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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1123203247	LAGOS CABRERA RUBEN DARIO	02/01/2026		16922722	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 31/12/2025 10:23:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.119.215.58, 192.230.104.6, 172.16.42.57

9104

ARL PERSONAL QUE INGRESO EN EL MES DE FEBRERO 2026

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

ARL | sura

4105

Medellín, 01 de February 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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1121933548	RAMOS NOGUERA JORGE DAVID	02/02/2026		23115520	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 01/02/2026 22:49:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.82.63.70, 192.230.104.12, 172.16.42.57

ARL | sura

4106

Medellín, 03 de February 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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1122922418	PISCO PARRADO JERSSON DANIEL	04/02/2026		Y3213417	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 03/02/2026 13:56:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.177.109, 192.230.104.13, 172.16.42.57

ARL | sura

4107

Medellín, 25 de February 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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1106742004	CASTAÑEDA PRIETO JHOAN SEBASTIAN	26/02/2026		16214921	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 25/02/2026 16:56:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.163.74, 192.230.104.13, 172.16.42.57

ARL | sura

4108

Medellín, 02 de March 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 CONSORCIO GM HACHA.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C86054206	VILLARRAGA SARMIENTO HERNANDO	03/03/2026		125DR222	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 02/03/2026 09:55:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.163.74, 192.230.104.13, 172.16.42.57

4109

SALUD
Diciembre 2025

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

4110

Bogota 12.12.2025

Señores,

-

Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 2 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2025-12-12 con numero de radicado 7499349 :

Cordialmente,

Barly Santiesteban

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 7499349

4111

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CONSORCIO GM HACHA

Villavicencio, 9 diciembre de 2025

Señores
EPS Sanitas
Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como NIT: 902.004.406-7 CONSORCIO GM HACHA para las personas que se detallan a continuación:

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	3.277.174	GERMAN ANDRES GARCIA CASTILLO	2.500.000	5/12/2025		CL 15 47 21 BR BUQUE	VILLAVICENCIO/ META	3134869988	GERMANGARCIA18 @HOTMAIL.COM
2	CC	17.360.103	ALBERTO RODRGIUEZ GAMBOA	1.423.500	10/12/2025		CL 26C 20C 15 VAINILLA	VILLAVICENCIO/ META	3136255577	MARCELA1123022N AVARRO@GMAIL.C OM

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente,

DIANA FELISA CESPEDES OROZCO
C.C. 21.190.872 de Restrepo
SECRETARIA

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
GERMANGARCIA18@HOTMAIL.COM
CEL: 313-486 99 88

Bandy Sabogal

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

4/12

4113

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/01/2026, el empleador CONSORCIO GM HACHA identificado con NIT número 902004406 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9737058	07/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1006822787	CAMILOANDRES ROJAS BARBOSA	1423500	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-08
CÉDULA DE CIUDADANÍA	86073936	HENRYMAURICIO CAGUEÑAS HOLGUIN	1423500	INSPECTORES DE SEGURIDAD, SALUD	2025-12-08

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

RADICADO. 651882 16/12/25

EPS | Cajacopi Cuida de ti

4114

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación | Fecha de Radicación

1. Tipo de Formulario: A. Afiliación X | B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante | B. Beneficiario | C. Adicional | D. Pensionado | E. Cotizante - Cabeza de Familia X | F. Beneficiario - Cabeza de Familia | G. Independiente
3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado
4. ¿Cuál?
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario | D. Adicional o Adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado
7. Código (según tipo de cotizante)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres: BARBOSA (Primer apellido) | OCEVEDO (Segundo apellido) | AUPIO (Primer nombre) | (Segundo nombre)

9. Tipo de documento de identificación: CC
10. No. de documento de identificación: 86049664
11. Sexo biológico: Femenino | Masculino X
12. Sexo identificación: M X | F | NB | Otro | Cuál
13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: País COLOMBIA | Departamento META | Municipio ACACIAS
15. Fecha de nacimiento: DIA MES AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia
17. Cuál(es)
18. Desplazado: Sí | No
19. Categoría de discapacidad
20. Tiene atención SISBEN: Sí | No
21. Clasificación en SISBEN: Nivel | Grupo
22. Grupo de población especial
23. Nombre de la madre
24. Nombre del padre
25. Ingreso / percepción mensual
26. Ocupación: JURA | 27. Nombre del empleador: PORVENIR | 28. Ingreso / percepción mensual: 1423.500
29. Dirección: MZ B CS 17 | 30. Teléfono fijo | 31. Celular: 3125415079 | 32. Correo electrónico: andreyoq2411@gmail.com
33. Departamento de residencia: META | 34. Municipio / Ciudad: VILLAVICENCIO | 35. Localidad / Comuna: BOSQUE DE PALMERA | 36. Zona: Cabecera Municipal X | Centro Poblado | Rural Disperso | Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

37. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
38. Tipo de documento de identificación
39. No. del documento de identificación
40. Sexo biológico: Femenino | Masculino
41. Sexo identificación: M | F | NB | Otro | Cuál
42. Nacionalidad
43. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
44. Fecha de nacimiento: DIA MES AÑO

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

45. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

	46. Tipo de documento de identificación	47. Número de identificación	48. Sexo identificación: M	F	NB	Otro	Cuál	49. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	50. Fecha de nacimiento: DIA MES AÑO
01											
02											
03											
04											
05											

Cajacopi RADICADO SECCIONAL META
FECHA: 16-12-25
HORA:
FIRMA:

X 2

Datos Complementarios

	51. Parentesco	52. Etnia	53. Comunidad	54. Grupo de población especial	55. Tiene atención SISBEN: SI	NO	56. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	57. Escolaridad: Nivel	Grupo	Categoría de discapacidad	58. Multiplicidad pensional: SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

59. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Alcaldía	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	60. Valor de la UPC del afiliado cotizante (si registra solo se cobra)
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Correo Electrónico
01		
02		
03		
04		
05		

Powered by CamScanner

5A. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	5B. Código de la IPS (La registra por la EPS)

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

23. Nombre o razón social	24. Tipo de documento de identificación	25. Número de documento de identificación	26. Tipo de aportante o pagador pensiones (La registra por la EPS)
CONSORCIO EM HACHA	NIT	902604406	
27. Dirección 01 15 49 21	28. Teléfono fijo o Celular	29. Correo electrónico gloriamargarcia18@hotmail.com	30. Código de la actividad económica CIIU 4 clases U6060

II. REPORTE DE NOVEDADES

9B. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identificación.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
X 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminación de 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.
X 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo X B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al cesante.
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
19. Reporte de la calidad de Pensionado.
20. Ingreso a Contribución Solidaria.
21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

6A. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	6D. Sitio de Nacimiento	6E. Sexo	6F. Fecha de nacimiento
		6C. Sitio biológico: Femenino Masculino	6E. Sexo identificación: F M Otro Cuál	Día Mes Año

6G. EPS Anterior	6H. Fecha de novedad	6I. Motivo de Traslado	6J. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	06/12/2025	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

X 6K. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
X 7O. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
7I. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de Beneficiarios.
X 7J. Declaración de no afiliación del cotizante, cónyuge, compañero permanente, padre o madre de familia o cabeza de familia a otra EPS.
X 7K. Autorización para que la EPS actualice y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
X 7L. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley así lo requieran.
X 7M. Autorización para que la EPS reconozca datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
X 7N. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.
7P. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
7Q. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los tantos en Contribución Solidaria según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

7R. En caso de ausencia o fallecimiento del cotizante 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

ALIPIO BARBOSA Q

7S. El cotizante, cónyuge de familia o beneficiario cuando cotiza o afiliado adicional

Representante o enlace responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

9J. Anexo copia de documentos de identidad

Cantidad CN TI P4 CD

RC CC CE AC Total

8A. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por el estructura competente.

8A. Copia del registro civil de nacimiento y de la sentencia judicial, acta de conciliación o sentencia judicial que otorgue la patria marital.

8B. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión, 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.

8B. Copia del certificado de nacimiento o acta de entrega del menor.

8T. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

8E. Declaración en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración expedida por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

8E. Copia de la autorización de traslado por parte de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, numeral 4 y 5 del artículo 2.2.7.3 del Decreto 1084 de 2015.

8L. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

9I. Copia del acta administrativa o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de cabeza de afiliados de oficio.

Powered by CamScanner

CONSORCIO GM HACHA

Fecha: 13 DICIEMBRE del 2025

PAZ Y SALVO

CONSTANCIA: Se hace constar expresamente lo siguiente:

1. Que el patrono ha incorporado en la anterior liquidación, en lo pertinente, la totalidad de los valores correspondientes a salarios, horas extras, recargo por trabajo nocturno, descansos remunerados, cesantías, vacaciones, auxilios por enfermedad, accidentes de trabajo, primas, calzado, ropa de trabajo, auxilio de trabajo y en general todo concepto relacionado con salarios prestaciones o indemnizaciones que tengan por causa del contrato de trabajo que ha quedado extinguido.

2. En consideración a que la obtención de los datos contables, elaboración y revisión de la presente liquidación su aprobación y el giro de cheques, ha exigido varios días, por lo cual ha sido físicamente imposible pagar en el instante de la terminación del contrato, el trabajador conviene expresamente en que el termino transcurrido entre la terminación del contrato y la fecha de liquidación y pago ha sido necesario y razonable para estos y que, en consecuencia, no ha habido mora en el pago.

3. Que no obstante la anterior declaración, se hace constar por las partes que con el pago de la suma de dinero a que hace referencia la presente liquidación, queda transada cualquier diferencia relativa al contrato de trabajo que ha quedado terminado, pues ha sido su compromiso transar definitivamente como en efecto se transa, todo reclamo pasado, presente y futuro que tenga por causa el mencionado contrato; por consiguiente, esta transacción tiene como efecto la extinción de las obligaciones provenientes de la relación laboral que existe entre el patrono y trabajador quienes recíprocamente se declaran a **PAZ Y SALVO** por los conceptos expresados, excepto en cuanto a derechos ciertos e indiscutibles del trabajador que por cualquier circunstancia, estén pendientes de reconocimiento o pago.

4. El trabajador hace constar que durante el tiempo que laboro del año 2025 con el CONSORCIO no contrajo ninguna enfermedad derivada del trabajo que desempeño y se le prestó la atención medica que la Ley ordena.

EL TRABAJADOR

Carlos Leiy H.

Nombre:
C.C. 42.846.618.

EL EMPLEADOR

GERMAN ANDRES GARCIA CASTILLO
C.C. 3.277.174 de Restrepo
R/L CONSORCIO GM HACHA

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
GERMANGARCIA18@HOTMAIL.COM
CEL: 313-486 99 88

CONSORCIO GM HACHA

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR EL TIEMPO QUE DURE LA REALIZACIÓN DE LA OBRA, LABOR O SERVICIO CONTRATADO

EMPLEADOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	:	GERMAN ANDRES GARCIA CASTILLO
IDENTIFICACIÓN	:	3.277.174
RAZON SOCIAL	:	CONSORCIO GM HACHA
IDENTIFICACION	:	902.004.406-7
DIRRECCIÓN	:	CALLE 15 NO. 47-21
TELEFONO	:	6664845
TRABAJADOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	:	JULIAN ANDRES SALAZAR MORALES
IDENTIFICACIÓN	:	1.121.919.739
DIRRECCIÓN RESIDENCIA	:	cr42a 51 22s Barrio Porfía
TELEFONO	:	3108131144
CARGO U OFICIO TEMPORAL	:	AYUDANTE DE OBRA
SALARIO MENSUAL	:	1.423.500
LABOR OBJETO DEL CONTRATO	:	"ADECUACION DE AREA PUBLICA DEL PARQUE DEL HACHA ENTRE CALLES 35A Y 36 Y ENTRE CARRERAS 31 Y 32 EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO-META"
PERIODO DE PAGO	:	MENSUAL
FECHA DE INICIACIÓN DE LABORES	:	5/12/2025
LUGAR DONDE DESEMPEÑARA LAS LABORES	:	VILLAVICENCIO-META
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO	:	VILLAVICENCIO-META

Entre el **EMPLEADOR** y el **TRABAJADOR**, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO, regido además por las siguientes clausulas:

PRIMERA: OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR y éste se obliga: a). a poner al servicio del EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR directamente o a través de sus representantes. B). a no prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; y c). a guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrónicas informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materiales que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo.

SEGUNDA: REMUNERACION. EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades también señaladas arriba. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I, II y III del Título VIII del C.S.T. PARAGRAFO PRIMERO: se aclara y se conviene que en los casos en los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquiera otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituyen remuneración de la labor realizada y

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO - META
GERMANGARCIA18@HOTMAIL.COM
CEL: 313-486 99 88

4113

el 17.5% restante está destinado a remunerar el descanso en los dias dominicales y festivos de que tratan los capitulos I y II del Título VII del C.S.T. PARAGRAFO SEGUNDO: las partes acuerdan que en los casos en que se le reconozcan al TRABAJADOR beneficios diferentes al salario, por concepto de alimentación, habitación o vivienda, transporte y vestuario, se considerarán tales beneficios o reconocimientos como no salariales y por tanto no se tendrán en cuenta como factor salarial para la liquidación de acreencias laborales, ni el pago de aportes parafiscales (diferentes a los de la seguridad social), de conformidad con los Art. 15 y 16 de la ley 50/90, en concordancia con el Art. 17 de la 344/96.

TERCERA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO. Todo trabajo suplementario o en horas extras o en horas nocturnas o en dias domingos o festivos en los que legalmente se debe conceder descanso, se remunerará conforme lo dispone expresamente la ley, salvo acuerdo en contrato contenido en convención, pacto colectivo o laudo arbitral. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, EL EMPLEADOR o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al EMPLEADOR o a sus representantes para su aprobación, EL EMPLEADOR en consecuencia no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en dias de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que, habiendo sido avisado inmediatamente, no haya sido aprobado como queda dicho.

CUARTA: JORNADA DE TRABAJO. EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada máxima legal, salvo estipulación expresa y escrita en contrato, se obliga a laborar la jornada máxima legal cumpliendo con los turnos y horarios que señale el EMPLEADOR, quien podrá cambiarlos o ajustarlos cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse total o parcialmente las horas de la jornada ordinaria, con base en los dispuesto por el Art. 164 del C.S.T., modificado por el Art. 23 de la ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las mismas, según el Art. 167 ibídem. De igual manera, las partes podrán acordar que se preste el servicio en los turnos de jornada flexible contemplados en el Art. 51 de la Ley 789 de 2002.

QUINTA: DURACION DEL CONTRATO: El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra o labor contratada, de acuerdo con las condiciones generales que se señalan al inicio del presente contrato.

SEXTA: PERIODO DE PRUEBA: Los primeros dos (2) meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes podrá darlo por terminado unilateralmente en cualquier momento durante dicho periodo, sin que se cause indemnización alguna.

SEPTIMA: TERMINACION UNILATERAL: Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en los Art. 62 y 63 del C.S.T., modificados por el ART. 7 de Decreto 2351/65 y además por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en reglamentos y demás documentos que contengan reglamentaciones , ordenes, instrucciones o prohibiciones de carácter general o particular , pactos, convenciones colectivas, laudos arbitrales y las que expresamente convengan calificar así en escritos que formaran parte integrante del presente contrato. Expresamente se califican en este acto como faltas graves la violación a las obligaciones y prohibiciones contenidas en la cláusula primera del presente contrato.

OCTAVA: INVENCIONES: Las invenciones realizadas por EL TRABAJADOR le pertenecen salvo a). en el evento que la invención haya sido realizada por el TRABAJADOR contratado para investigar siempre y cuando la invención sea el resultado de la misión especifica para la cual ha sido contratado para investigar y la invención se obtiene mediante datos o medios conocidos o utilizando en razón de la labor desempeñada. En este último evento, el trabajador tendrá derecho a una compensación que se fijará por un tribunal de arbitramiento designado por las partes en cumplimiento de las normas laborales y de arbitraje vigentes para el momento en que se origine el conflicto, de acuerdo al monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporte al EMPLEADOR a otros factores similares.

NOVENA: DERECHOS DE AUTOR: Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por el TRABAJADOR en ejercicio de sus funciones o con ocasión ellas pertenecen al EMPLEADOR todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán en cabeza del creador de la obra, de acuerdo con la ley 23 de 1982 y la Decisión 351 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena.

DECIMA: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES LABORALES: EL TRABAJADOR acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el EMPLEADOR, en ejercicio de su poder subordinante, de sus condiciones laborales, tales como los turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 23 del C.S.T. modificado por

CONSORCIO GM HACHA

el Art. 1 de la Ley 50/90. Los gastos que se originen con el traslado de lugar de prestación del servicio serán cubiertos por el EMPLEADOR de conformidad con el numeral 8 del Art. 57 del C.S.T.

DECIMA PRIMERA: DIRECCION DEL TRABAJADOR: EL TRABAJADOR para todos los efectos legales y en especial para la aplicación del parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, norma que modifico el 65 del C.S.T. se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a EL EMPLEADOR cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida. EL TRABAJADOR para todos los efectos legales y en especial para la aplicación del parágrafo 1 del artículo 29 de la ley 789/02, norma que modifico el 65 del C.S.T., se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a EL EMPLEADOR cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida.

DECIMA SEGUNDA: EFECTOS. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formaran parte integrante de este contrato.

Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, ante testigos, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, en la ciudad y fecha que se indican a continuación:

Se firma en La Villavicencio (Meta), 5 de diciembre de 2025.

GERMAN ANDRES GARCIA CASTILLO
C.C. 3.277.174

Salazar Julian.
JULIAN ANDRES SALAZAR MORALES
C.C. 1.121.919.739



CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
GERMANGARCIA18@HOTMAIL.COM
CEL: 313-486 99 88

4120

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogota 12.12.2025

Señores,

-

Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2025-12-12 con numero de radicado 7499627 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

4121

NUMERO DE RADICADO : 7499627

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CONSORCIO GM HACHA

Villavicencio, 12 diciembre de 2025

Señores
EPS Sanitas
Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como NIT: 902.004.406-7 CONSORCIO GM HACHA para las personas que se detallan a continuación:

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	1.121.919.739	JULIAN ANDRES SALAZAR MORALES	1.423.500	5/12/2025		cr42a 51 22s barrio porfía	VILLAVICENCIO / META	3108131144	papaterremoto29@gmail.com
2										

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente,

DIANA FELISA CÈSPEDES OROZCO
C.C. 21.190.872 de Restrepo
SECRETARIA

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
GERMANGARCIA18@HOTMAIL.COM
CEL: 313-486 99 88

4122

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

Página 1

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	11-12-2025

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

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (Registro por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	1

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y Nombres			
ULLOA	DAZA	JAVIER	ALEXANDER
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. N° de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	86040166	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio		
COLOMBIANO	COLOMBIA	META	ACACIAS		08/09/1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidades	18. Discapacitados SI NO	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN SI NO	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial

22. Administradora [illegible] Moderado – ARL	23. [illegible]	24. Ingreso base de cotización IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	DEPENDIENTES	1.423.500	

26. Residencia			
Dirección cl 42 20 41	Teléfono fijo	Teléfono celular 3223219501	alexanderulloa4@gmail.com
META (Departamento)	VILLAVICENCIO (Municipio / Distrito)	COUISAN (Localidad / Comuna)	Zona: Cabecera Municipal X; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. N°del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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

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

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

Datos Complementarios

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

4123

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	MULTISALUD SAS	190
01		
02		
03		
04		
05		

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

56. Nombre o Razón Social	57. Tipo de documento de identificación	58. Número del documento de identificación	59. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO GM HAGHA	NIT	902004906	

60. Dirección: CL 15 47 21 | Teléfono Fijo o Celular: | Correo electrónico: germangaraciaabogado@gmail.com | MEDA | Ubicación: UCLO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. X
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. X
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. X
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. X
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. X
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. X
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. X
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. X
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. X
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. X

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

Javier Alexander Hoyos Duzal

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 oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN TI PA CD Total 1

RC CC X CE SC

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

84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separació 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 declarac

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

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

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

RECIBIDO EN LA REGIONAL MONTERIA ALTERNA
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO NO IMPLICA ACEPTACIÓN
07-01-2026
HORA:
FIRMA:

Vigilado Supersalud

4124

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

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

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

94. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del Funcionario	96. Fecha de Radicación D D M M A A A A 97. Fecha de Validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

AVISO DE PRIVACIDAD

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

4125

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 07/01/2026, el empleador CONSORCIO GM HACHA identificado con NIT número 902004406 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9737119	07/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	3210495	ERNESTO FUQUEN CARRASCO	1423500	OTROS OFICIALES, OPERARIOS Y OFICIOS	2025-12-29

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 7 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

4126

SALUD

Enero 2026

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

CAPITAL SALUD EPS-S S.A.
NIT 900 288 372-9
08 ENE 2026
RECIBIDO SIN ACEPTACIÓN

4127

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-

Número de Radicación

Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución solidaria Si [ ] No [ ]
5. Tipo de afiliado A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: LAGOS	Segundo apellido: CABRERA	Primer nombre: ROBEN	Segundo nombre: DARIO

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
CC	1123203247	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	
COLOMBIANO	COLOMBIA	PUTUMAYO	PUERTO ASIS	15/02/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	
		Si [ ] No [ ]	Tipo	Condición

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
Si [ ] No [ ]	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARL SURA	COLPENSIONES	1.750.905	

26. Residencia			
Dirección: CALLE 44B 68 01	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3226455508	Correo electrónico:

Departamento: META	Municipio: VILLAVICENCIO	Centro Poblado: NUEVA GRANADA	Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?		País	Departamento	Municipio	

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino / Masculino	F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1														
B2														
B3														

Datos complementarios del beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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 a pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO GM HACIA	NIT	902004406	

59. Ubicación					
Dirección: CLL 15 47-21	Teléfono fijo: 6664845	Correo electrónico: gerenciagarcia18@hotmail.com	Departamento: META	Municipio: VILLAVICENCIO	

VIGILADO Supersalud

4128

capitalsalud eps-

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☒ 14. Movilidad ☒ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS 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 de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?	

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	01 01 2016	Código ☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 el celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
RUBEN DARIO LAGOS	

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

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

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, 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.
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial 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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

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

4129

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016119500	1|6|0|1|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 ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ 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			
MARQUEZ (Primer apellido)	LADINO (Segundo apellido)	BRAYAN (Primer nombre)	DAVID (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1193081559	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	2|3|0|5|2|0|0|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
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 VIDA SURAMERICANA S A		1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 61 06 3 CA		3175535258	RICARDO.MARQUEZ@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
META	VILLAVICENCIO	170	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	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	VS TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO GM HACHA	NIT	902004406	

59.Ubicación				
CL 15 47 21 (Dirección)	Teléfono fijo o celular	RECEPCIONOFICINA2023@GMAIL.COM (Correo electrónico)	META (Departamento)	VILLAVICENCIO (Municipio/distrito)

No de Radicacion
4016119500

4130

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
	1|6|0|1|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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que 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

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		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 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

4131

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

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

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

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (asignado por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	1

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

8. Apellidos y Nombres			
CEPEDA	BERNAL	GERMAINE	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	74245750	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
COLOMBIANO	País	COLOMBIA	Departamento	BOYACA	Municipio	MONIQUIRA	17/OCTUBRE/1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad
		SI NO	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
SI NO	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Ocupación	24. Ingreso base de cotización mensual	25. Tarifa Contribución Solidaria
AFL SURA	COTIZANTES	1.750.905	

26. Residencia				
Dirección: Cl 27 15 56	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3209057148	Correo Electrónico	
META	VILLAVICENCIO	LA CEIBA	Zona: Cabecera Municipal X; Rural Disperso; Centro Poblado; Resto Rural	
Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad / Comuna		

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. N°del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
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	T	NB	OTRO	CUAL	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
01															
02															
03															
04															
05															

Datos Complementarios

	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	Nivel	Grupo	Categoría de discapacidad	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

	51. Datos de residencia							52. Validado en la UAC con el No.
	Departamento	Municipio /Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

Cajacopi EPS SECC. BOYACA
RADICADO CORRESPONDENCIA
No.
FECHA DE RECIB-DO: 28 ENERO 2026 Hora:
Firma: ANA GAVILÁN
Para su estudio no implica aceptación

VIGILADO Supersalud

4132

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	MULTISALUD SAS	190
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

56. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO GM HACHA	NIT	902004406	
59. Dirección: CLL 47 21	Teléfono: 6664845	Departamento: META	Municipio: U[illegible]AO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identificación.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reporte de pago a través de un tercero Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
X 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminación de 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.
X 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo X B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
17. Reporte del trámite de protección al cesante.
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
19. Reporte de la calidad de Pensionado.
20. Ingreso a Contribución Solidaria.
21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T ND Otro Cual	Fecha de nacimiento D D M M A A A A

65. EPS Anterior	66. Fecha de novedad 2 0 0 4 2 0 2 6	67. Motivo de Traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

X 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
X 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
X 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
X 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
X 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
X 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
X 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
X 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
X 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben 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. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
[signature]	[signature]

X. ANEXOS

X 82. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN TI PA CD Total 1

RC CC X CE SC

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

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

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

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

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

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

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

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

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

VIGILADO Supersalud

4133

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del Funcionario	96. Fecha de Radicación D D M M A A A A
			97. Fecha de Validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

AVISO DE PRIVACIDAD

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

VIGILADO Supersalud

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autoridad en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

4134

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**CRISTANCHO CHAMARRAVI DARWIN YUSEMID**
Identificación:	**CC: 1125004112**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO GM HACHA**
Municipio:	**CUMARIBO**
IPS Asignada:	**E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - SEDE CUMARIBO**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2024-01-31**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2026-01-21**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$5.000**

Observación :

Dada el lunes, 26 de enero de 2026

Cordialmente

FABIAN FERNEY GUAITARILLA TUCANES

4135

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 23/01/2026, el empleador CONSORCIO GM HACHA identificado con NIT número 902004406 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9844846	23/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	86086177	PABLOJESUS SALGADO BALTA	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

4136

SALUD

Febrero 2026

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
CEL: 313-486 99 88

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012697006

No. de Radicación SAT: 30332101

4137

Fecha de Radicación: 21 | 02 | 2026 (D D | M M | A A A A)

1. 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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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: RAMOS	Segundo Apellido: NOGUERA	Primer Nombre: JORGE	Segundo Nombre: DAVID

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1121933548	Femenino ☐ Masculino X	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				14 | D | 08 | M | A 1994 | A | A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	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		$1.750.905	

26. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

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

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 ☐	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (SI / NO)	48. Clasificación SISBÉN (NIVEL / GRUPO)	49. Discapacidad (SI / NO / CATEGORÍA DISCAPACIDAD)	50. Incapacidad permanente (SI / NO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

4139

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO GM HACHA	NT	902004406	

59. Ubicación				
CL 15 47 21 Dirección	31348699 Teléfono	Correo electrónico	VILLAVICENCIO Municipio / Distrito	META Departamento

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. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS 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 [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] 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 02 M 02 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 Oficio

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, 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 vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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.

Versión Especial

Cambio Empleo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016263879	0|4|0|2|2|0|2|6

4139

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 ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ 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			
Primer apellido: PISCO	Segundo apellido: PARRADO	Primer nombre: JERSSON	Segundo nombre: DANIEL

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1122922418	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais: COLOMBIA	Departamento:	Municipio:	2|4|1|2|2|0|0|5
COLOMBIA				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
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 VIDA SURAMERICANA S A		1750905	

26.Residencia			
KM 8 VIA CATAMA CA 2 **Dirección**	**Telefono fijo**	3227148236 **Telefono celular**	ROCHI2412@HOTMAIL.COM **Correo electronico**

META **Departamento**	VILLAVICENCIO **Municipio/Distrito**	57 **Localidad / comuna**	**zona** Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	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	VS TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO GM HACHA	NIT	902004406	

59.Ubicación				
CL 15 47 21 Dirección	Teléfono fijo o celular	RECEPCIONOFICINA2023@GMAIL.COM Correo electrónico	META Departamento	VILLAVICENCIO Municipio/distrito

No de Radicacion
4016263879

9140

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [x] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código:
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al pais.
- [x] 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
	0|4|0|2|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

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		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 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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

30099977

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 210576

FECHA DE RADICACIÓN: 27 02 2026

9141

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ] D. Colectiva [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0470

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: CASTA?EDA | SEGUNDO APELLIDO: PRIETO | PRIMER NOMBRE: JHOAN | SEGUNDO NOMBRE: SEBASTIAN

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1106742004
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] ND [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / TOLIMA (DEPARTAMENTO) / MELGAR (MUNICIPIO)
15. FECHA NACIMIENTO: 19 / 12 / 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL: — GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: CL 35 52 26 LA AZOTEA
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3239685961
CORREO ELECTRÓNICO: jhoansebas1998@gmail.com
DEPARTAMENTO: META
MUNICIPIO/ DISTRITO: VILLAVICENCIO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA [X] CENTRO POBLADO [ ] DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 7283

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] ND [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA / MES / AÑO

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. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
31								
32								
33								
34								
35								

	Datos complementarios del Beneficiario			46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN?	48. CLASIFICACIÓN SISBEN	49. DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE	51. Datos de residencia		ZONA			
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD		SI / NO	NIVEL / GRUPO	SI / NO	SI / NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
31						I. II.								
32						I. II.								
33						I. II.								
34						I. II.								
35						I. II.								

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
31							
32							
33							
34							
35							

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

55. Nombre o razón social: CONSORCIO GM HACHA
56. Tipo documento de identificación: X
57. Número del documento de identificación: 902004406
58. Tipo de aportante a registrar (si pensionado (a registrar por la EPS))
59. Ubicación — DIRECCIÓN: CL 15 47 21 — TELÉFONO O CELULAR: 3134869988 — CORREO ELECTRÓNICO: GERMANGARCIA18@HOTMAIL.COM — DEPARTAMENTO: META — MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

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/O 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 ARGUMENTACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS, I. METRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] ND [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DIA / MES / AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 26 / 02 / 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PLANTA DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no Intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
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 [X]
76. a) Autorizo mi correo/medio autorizo para que Nueva EPS establezcan comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos
b) Autorizo para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: — Total:
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la entidad 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 vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en los que consta la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio
Total Anexos:

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

92. IDENTIFICACIÓN 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
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] RC [ ] TI [ ] PT [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA / MES / AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA / MES / AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

4142

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

Yo. JHOAN SEBASTIAN CASTA?EDA PRIETO identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. CC | P.A. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1106742004 de MELGAR, 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?	SÍ☐ 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?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3239685961
y/o correo electrónico: jhoansebas1998@gmail.com
SÍ☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ 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: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 1106742004
Fecha de Solicitud: 27/02/2026
Dirección: CL 35 52 26 LA AZOTEA
Tel: 3239685961 Municipio: VILLAVICENCIO
Departamento: META
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 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 7051**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
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 de 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	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	Sí	
	SURA	COLPENSIONES	1750905		NO			NO	

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnico Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato	
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DEJE DE 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 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
John Fredy Pabon Reyes	N0470		CIUDAD Y FECHA

4143



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.106.742.004

Apellidos
CASTAÑEDA PRIETO

Nombres
JHOAN SEBASTIAN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
M

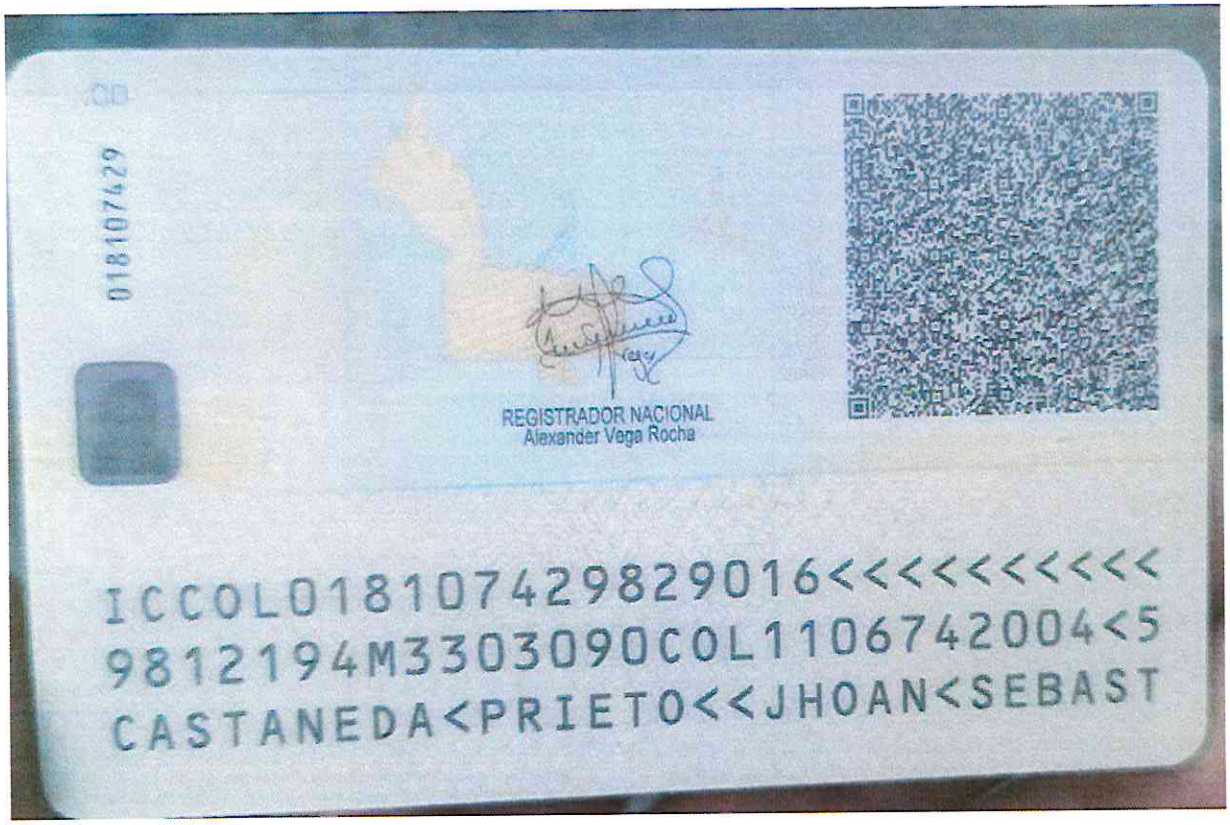
Fecha de nacimiento
19 DIC 1998

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
MELGAR (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
20 DIC 2016, ARMERO (GUAYABAL)

Fecha de expiración
09 MAR 2033



018107429

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL018107429829016<<<<<<<<<<<
9812194M3303090COL1106742004<5
CASTANEDA<PRIETO<<JHOAN<SEBAST

4144

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012741053

No. de Radicación SAT: 30402829

Fecha de Radicación: 10 | 03 | 2026

1. 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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado X	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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

8. Apellidos y nombres			
VILLARRAGA Primer Apellido	SARMIENTO Segundo Apellido	HERNANDO Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	86054206	Femenino ☐ Masculino X	T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				09 | D | 09 | M | A 1977 | A | A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	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		$1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

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

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 ☐	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN (SI | NO)	48. Clasificación SISBÉN (NIVEL | GRUPO)	49. Discapacidad (SI | NO | CATEGORÍA DISCAPACIDAD)	50. Incapacidad permanente (SI | NO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

4145

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO GM HACHA	NT	902004406	

59. Ubicación				
CL 15 47 21 (Dirección)	31348699 (Teléfono)	(Correo electrónico)	VILLAVICENCIO (Municipio / Distrito)	META (Departamento)

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. 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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] 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 27 M 02 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 Oficio

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, 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 2.1.7.5 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

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

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

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

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

4146

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

CALLE 15 No. 47-21 VILLAVICENCIO – META
Consorciogmhacha2@gmail.com
Germangarcia18@hotmail.com
CEL: 313-486 99 88

4147

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 05 | 12 | 2025

YO, Julian Andres Salazar M. Cedula N° 1121919739 certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo .
- Política de SST.
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo.
- Política de Medio Ambiente.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST.
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral.
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias.
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles.
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea.
- Responsabilidades generales en SST.
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT)
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados)
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19

CARGO O ACTIVIDAD: Ayudante de obra

Julian A. Salazar.	1121919739
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACION
MAURICIO CARDENAS.	MAURICIOCARDENAS
PROFESIONAL QUE REALIZO LA INDUCCION	FIRMA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 5 | 12 | 2025

YO, Juan Jose Garcia Castro Cedula N° 1122651751
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑

CARGO O ACTIVIDAD: Supervisor Vial

Juan Jose Garcia C	1122651751
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN

MAURICIO CAGUEÑAS	86.073.936
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	FIRMA

4148

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 5 | 12 | 2025

YO, Pedro Simon guiroga Palma Cedula N° 8191337
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑

CARGO O ACTIVIDAD: Ayudante general

Pedro guiroga	8191337
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN
Mauricio Cabeñas	86.073936
PROFESIONAL QUE REALIZO LA INDUCCIÓN	FIRMA

4149

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA | 5 | 12 | 2025

YO, HENRY MAURICIO CAGUEÑAS HOLGUIN Cedula N° 86.073.936
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑

CARGO O ACTIVIDAD: PROFESIONAL SST

MAURICIO CAGUEÑAS	86.073.936
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN

MAURICIO CAGUEÑAS	86.073.936
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	FIRMA

4150

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 05 | 12 | 2025

YO, Maria edith Moreno Quiroga Cedula N° 35.263063
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19 ☑

CARGO O ACTIVIDAD: Director de Obra

Maria E. Moreno Q.	35263063
FIRMA TRABAJADOR	**No. IDENTIFICACIÓN**
MARCELO CARDENAS	MARCELO CARDENAS
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	**FIRMA**

415!

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 05 | 12 | 2025

YO, Berman Andres Garcia Castillo Cedula N° 3277174
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19 ☑

CARGO O ACTIVIDAD: Residente de Obra

	3.277174
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN
MAURICIO CASTAÑAS	MAURICIO CASTAÑAS
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	FIRMA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 05 | 12 | 2025

YO, Alexander Ruiz C. Cedula N° 79542505
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19 ☒

CARGO O ACTIVIDAD: _____

Alexander Ruiz C.	79542505
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN
MAURICIO CAGUEÑAS	MAURICIO CAGUEÑAS
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	FIRMA

4153

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 05 | 12 | 2025

YO, Alberto Rodriguez Gamboa cedula N° 17360103
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo .
- Política de SST.
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo.
- Política de Medio Ambiente.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST.
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral.
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias.
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles.
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea.
- Responsabilidades generales en SST.
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT)
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados)
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19



CARGO O ACTIVIDAD: Ayudante

Alberto Rodriguez	17360103
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN
Mauricio Cabezas	Mauricio Cabezas
PROFESIONAL QUE REALIZO LA INDUCCIÓN	FIRMA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 5 | 12 | 2025

YO, Camilo Andres Rojas Barbosa Cedula N° 1006822787
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19 ☒

CARGO O ACTIVIDAD: Auxiliar

Camilo A Rojas Barbosa FIRMA TRABAJADOR	1006822787 No. IDENTIFICACIÓN
MAURICIO CASTAÑEDA PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	MAURICIO CASTAÑEDA FIRMA

4153

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA | 9 | 12 | 2025

YO, Carlos Andrés Cely H. Cedula N° 42.846.618
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑

CARGO O ACTIVIDAD: Ayudante de obra

Carlos Cely H.	42846.618
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACION

MAURICIO CACERES	MAURICIO CACERES.
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	FIRMA

4156

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

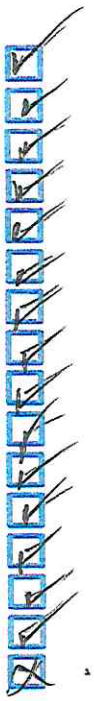
ANEXO - 7.13

FECHA 11 | 12 | 2025

YO, Alirio B O Cedula N° 86049664

certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo .
- Política de SST.
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo.
- Política de Medio Ambiente.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST.
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral.
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias.
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles.
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea.
- Responsabilidades generales en SST.
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT)
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados)
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19



CARGO O ACTIVIDAD: Maestro

Alirio B O	86049664
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN
MARCO CAGUEÑAS	MARCO CAGUEÑAS
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	FIRMA

4157

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 17 | 12 | 2025

YO, Javier Alexander Viloya daza Cedula N° 86.040.766 certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19 ☑

CARGO O ACTIVIDAD: Vigilante

Javier Alexander Viloya	86.040.766.
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN
Mauricio Cabezas	Mauricio Cabezas
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	FIRMA

4158

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 29 | 12 | 2025

YO, Ernesto Lugo Cedula N° 3210495
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo .
- Política de SST.
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo.
- Política de Medio Ambiente.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST.
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral.
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias.
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles.
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea.
- Responsabilidades generales en SST.
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT)
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados)
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19

CARGO O ACTIVIDAD: Ayudante

FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN 3210495
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN Mauricio Cabrera	FIRMA Mauricio Cabrera

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA	2	01	2026

YO, Ruben Darío 1905 Cedula N° 1.123.203247
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑
- Plan sobre manejo de bioseguridad frente al covi-19 ☒

CARGO O ACTIVIDAD: Ayudante.

Ruben Darío 1905	1.123.203.247
FIRMA TRABAJADOR	**No. IDENTIFICACIÓN**
MAURICIO CAICEDO	MAURICIO CAICEDO
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	**FIRMA**

4160

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA | 16 | 01 | 2026

YO, BRAYAN DAVID MARQUEZ Cedula N° 1193081559
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑

CARGO O ACTIVIDAD: AYUDANTE

BRAYAN DAVID MARQUEZ [illegible]	
FIRMA TRABAJADOR	**No. IDENTIFICACIÓN**

MAURICIO CASTAÑEDAS	MAURICIO CASTAÑEDAS
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	**FIRMA**

4161

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 20 | 01 | 2026

YO, Fermin Cañado Cedula N° 1.128.478
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo .
- Política de SST.
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo.
- Política de Medio Ambiente.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST.
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral.
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias.
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles.
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea.
- Responsabilidades generales en SST.
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT)
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados)

CARGO O ACTIVIDAD: AYUDANTE

FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACIÓN
MAURICIO CAGUEÑAS	MAURICIO CAGUEÑAS
PROFESIONAL QUE REALIZO LA INDUCCION	FIRMA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA: 21 | 01 | 2026

YO, Darwin Cristancho chamarravi Cedula N° 1125004112
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo .
- Política de SST.
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo.
- Política de Medio Ambiente.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST.
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral.
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias.
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles.
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea.
- Responsabilidades generales en SST.
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT)
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados)



CARGO O ACTIVIDAD: AYUDANTE

Darwin	1125 004 112
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACION

MAURICIO CAGUEÑAS	MAURICIO CAGUEÑAS
PROFESIONAL QUE REALIZO LA INDUCCIÓN	FIRMA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA	21	01	2026

YO, x Pablo Jesus Salgado Cedula N° 1 86.086 177.
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo .
- Política de SST.
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo.
- Política de Medio Ambiente.
- Reglamento Interno de Trabajo.
- Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST.
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral.
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias.
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles.
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea.
- Responsabilidades generales en SST.
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT)
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados)

CARGO O ACTIVIDAD: Auxiliante.

x Pablo Jesus Salgado	1 86086177
FIRMA TRABAJADOR	**No. IDENTIFICACION**
MAURICIO CASTAÑEDA	MAURICIO CASTAÑEDA
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	**FIRMA**

4164

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 07 | 02 | 2026

YO, Luis David Ramos Cedula N° 1121933548
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑

CARGO O ACTIVIDAD: AYUDANTE

Luis David Ramos	1121933548
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACION

MAURICIO CAGUEÑAS	MAURICIO CAGUEÑAS
PROFESIONAL QUE REALIZO LA INDUCCIÓN	FIRMA

4165.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA | 4 | 02 | 2026

YO, Daniel Pisco Parrado Cedula N° 1.122.922.418
certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☑

CARGO O ACTIVIDAD: Funciones varias.

Daniel Pisco	1122922418
FIRMA TRABAJADOR	No. IDENTIFICACION
MAURICIO CAGUEÑAS.	MAURICIO CAGUEÑAS.
PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	FIRMA

4166

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG –SST FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION	Código	SST/3631/2025
		Fecha:	21/11/2025
		Versión:	01 de 01

FORMATO DE INDUCCION Y REINDUCCION

ANEXO - 7.13

FECHA 26 | 02 | 26

YO, Johan Sebastian Castaneda Cedula N° 1106742004 certifico que tuve Inducción o Reinducción completa en los siguientes temas:

- Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo . ☑
- Política de SST. ☑
- Política de no alcohol, drogas, ni tabaquismo. ☑
- Política de Medio Ambiente. ☑
- Reglamento Interno de Trabajo. ☑
- Reglamento de higiene y seguridad industrial. ☑
- Funcionamiento del comité paritario de SST o del vigía de SST. ☑
- Funcionamiento del comité de convivencia laboral. ☑
- Plan de Prevención, Preparación y Respuesta para Emergencias. ☑
- Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles. ☑
- Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea. ☑
- Responsabilidades generales en SST. ☑
- Derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Laborales. ☑
- Que hacer en caso de accidente de trabajo (Reporte de AT) ☑
- Tareas de alto riesgo (alturas, espacios confinados) ☐

CARGO O ACTIVIDAD: Ayudante de obra

FIRMA TRABAJADOR	1106742004 No. IDENTIFICACION
Mauricio Cifuentes PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA INDUCCIÓN	Mauricio Cifuentes FIRMA

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA DIA/MES/AÑO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	TAPA BOCAS	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	GUANTES NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DE CAUCHO	CHALECO	OTROS	MOTIVO DE CAMBIO			FIRMA
																	DESGASTE	PERDIDA	DAÑO	
1	Comite Padres Rojos Bateba	1006822787	05/12/25	X		X		X			X					X				
2	Julian Salazar	1121919739	11/12/25	X		X		X			X					X				
3	Alberto Rodriguez	17360103	05/12/25	X		X		X			X					X				
4	Daniel Pinto	86077188	05/12/25	X		X		X			X					X				
5	Maria Olmedo	35263063	05/12/25	X				X												
6	Germán A Garcia	3277174	05/12/25	X		X		X			X				X					
7	Alexander Ruiz C.	79542505	05/12/25	X											X					
8	Mauricio Cagueñas	86073936	05/12/25	X		X		X			X				X					

Certificamos hemos recibido capacitación sobre la importancia, el uso y el cuidado de los elementos de protección personal; conozco la legislación vigente sobre la obligatoriedad del uso de los EPP, como el derecho al suministro y reposición de ellos cuando la actividad o las condiciones laborales lo ameriten.

Teniendo en cuenta lo citado, me comprometo a usar los elementos de protección personal requeridos en el desempeño de las actividades laborales para las cuales fui contratado (a).

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA DIA/MES/AÑO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	TAPA BOCAS	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	GUANTES NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DE CAUCHO	CHALECO	OTROS	MOTIVO DE CAMBIO			FIRMA
																	DESGASTE	PERDIDA	DAÑO	
	Alberto Rodriguez	17360103	10-12-2025	X	X	X	X	X	X	X	X				X					Alberto Rodriguez
	Alirio Isa	86044644	6-12-2025	X	X	X	X	X	X	X	X				X					Alirio Isa
	Julian Salazar	1121979739	5-12-2025	X	X	X	X	X	X	X	X				X					Salazar Julian
	Deivid Pisco	86011188	5-12-2025	X	X	X	X	X	X	X	X	1	1	1	X	1				
	Camilo Rojas	1006822787	5-12-2025	X	X	X	X	X	X	X	X				X					Camilo Rojas B

Certificamos hemos recibido capacitación sobre la importancia, el uso y el cuidado de los elementos de protección personal; conozco la legislación vigente sobre la obligatoriedad del uso de los EPP, como el derecho al suministro y reposición de ellos cuando la actividad o las condiciones laborales lo ameriten.

Teniendo en cuenta lo citado, me comprometo a usar los elementos de protección personal requeridos en el desempeño de las actividades laborales para las cuales fui contratado (a).

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA DIA/MES/AÑO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	TAPA BOCAS	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	GUANTES NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DE CAUCHO	CHALECO	OTROS	MOTIVO DE CAMBIO			FIRMA
																	DESGASTE	PERDIDA	DAÑO	
1	Ernesto	72164495	29/12/105	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X					

Certificamos hemos recibido capacitación sobre la importancia, el uso y el cuidado de los elementos de protección personal; conozco la legislación vigente sobre la obligatoriedad del uso de los EPP, como el derecho al suministro y reposición de ellos cuando la actividad o las condiciones laborales lo ameriten.

Teniendo en cuenta lo citado, me comprometo a usar los elementos de protección personal requeridos en el desempeño de las actividades laborales para las cuales fui contratado (a).

0169

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

ANEXO 3,0

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA DIA/MES/AÑO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	TAPA BOCAS	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	GUANTES NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DE CAUCHO	CHALECO	GUANTES MULTIFLEX	MOTIVO DE CAMBIO			FIRMA
																	DESGASTE	PERDIDA	DAÑO	
1	Alberto Rodriguez	17360103	26/12/25						+								+			Alberto Rodriguez
2	Camilo Rojas	1006022787	26/12/25							+							+			Camilo Rojas. B

Certificamos hemos recibido capacitación sobre la importancia, el uso y el cuidado de los elementos de protección personal; conozco la legislación vigente sobre la obligatoriedad del uso de los EPP, como el derecho al suministro y reposición de ellos cuando la actividad o las condiciones laborales lo ameriten.

Teniendo en cuenta lo citado, me comprometo a usar los elementos de protección personal requeridos en el desempeño de las actividades laborales para las cuales fui contratado (a).

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA DIA/MES/AÑO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	TAPA BOCAS	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	GUANTES NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DE CAUCHO	CHALECO	OTROS	MOTIVO DE CAMBIO			FIRMA
																	Desgaste	Perdida	Daño	
1	Alexander Vigoya	86.040.766	17/12/25	X		X					X					X				Jmj

Certificamos hemos recibido capacitación sobre la importancia, el uso y el cuidado de los elementos de protección personal; conozco la legislación vigente sobre la obligatoriedad del uso de los EPP, como el derecho al suministro y reposición de ellos cuando la actividad o las condiciones laborales lo ameriten.

Teniendo en cuenta lo citado, me comprometo a usar los elementos de protección personal requeridos en el desempeño de las actividades laborales para las cuales fui contratado (a).

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA DIA/MES/AÑO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	TAPA BOCAS	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	GUANTES NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO	GUANTES DE CAUCHO	PANTALON JEAN	CAMISA MANGA LARGA	CHALECO	OTROS	MOTIVO DE CAMBIO			FIRMA
																		DESGASTE	PERDIDA	DAÑO	
1	Alipio B.Q.	86049664	11-12-2T.	X	X	X			X					X	X	X					Alipio B.Q.
2	Carlos D. Cely H.	4284618	11-12-35	X	X	X			X					X	X	X					Carlos Cely H.

Certificamos hemos recibido capacitación sobre la importancia, el uso y el cuidado de los elementos de protección personal; conozco la legislación vigente sobre la obligatoriedad del uso de los EPP, como el derecho al suministro y reposición de ellos cuando la actividad o las condiciones laborales lo ameriten.

Teniendo en cuenta lo citado, me comprometo a usar los elementos de protección personal requeridos en el desempeño de las actividades laborales para las cuales fui contratado (a).

4142

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA DIA/MES/AÑO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	TAPA BOCAS	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	GUANTES NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO	GUANTES DE CAUCHO	PANTALON JEAN	CAMISA MANGA LARGA	CHALECO	OTROS	MOTIVO DE CAMBIO			FIRMA
																		DESGASTE	PERDIDA	DAÑO	
	Jorge David Ramos	1121933508	02/02/2026	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					Jorge Ramos

Certificamos hemos recibido capacitación sobre la importancia, el uso y el cuidado de los elementos de protección personal; conozco la legislación vigente sobre la obligatoriedad del uso de los EPP, como el derecho al suministro y reposición de ellos cuando la actividad o las condiciones laborales lo ameriten.

Teniendo en cuenta lo citado, me comprometo a usar los elementos de protección personal requeridos en el desempeño de las actividades laborales para las cuales fui contratado (a).

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

N°	NOMBRE	CEDULA	FECHA DIA/MES/AÑO	CASCO	GAFAS DE SEGURIDAD	TAPA BOCAS	PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	PROTECTOR AUDITIVO INSERCION	GUANTES NITRILO	GUANTES DE VAQUETA	BOTAS PUNTA DE ACERO	BOTAS DE CAUCHO	GUANTES DE CAUCHO	PANTALON JEAN	CAMISA MANGA LARGA	CHALECO	OTROS	MOTIVO DE CAMBIO			FIRMA
																		DESGASTE	PERDIDA	DAÑO	
	Jersson Daniel Pisco	1122928918	4/02/2026	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					Daniel Pisco

Certificamos hemos recibido capacitación sobre la importancia, el uso y el cuidado de los elementos de protección personal; conozco la legislación vigente sobre la obligatoriedad del uso de los EPP, como el derecho al suministro y reposición de ellos cuando la actividad o las condiciones laborales lo ameriten.

Teniendo en cuenta lo citado, me comprometo a usar los elementos de protección personal requeridos en el desempeño de las actividades laborales para las cuales fui contratado (a).